

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

Marina Pitagoras Lazaretto

O CUIDADO NOS TERRITÓRIOS NO CONTEXTO DA  
PANDEMIA: UMA FORMAÇÃO VIVA EM ATO

Passo Fundo

2021

Marina Pitagoras Lazaretto

O CUIDADO NOS TERRITÓRIOS NO CONTEXTO DA  
PANDEMIA: UMA FORMAÇÃO VIVA EM ATO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade de Passo Fundo, sob a orientação do Prof. Dr. Julio César Godoy Bertolin e coorientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carla Beatrice Crivellaro Gonçalves.

Passo Fundo  
2021

CIP – Catalogação na Publicação

---

L431c Lazaretto, Marina Pitágoras

O cuidado nos territórios no contexto da pandemia [recurso eletrônico]: uma formação viva em ato / Marina Pitágoras Lazaretto. – 2021.

1.8 MB ; PDF.

Orientador: Prof. Dr. Julio César Godoy Bertolin.

Coorientadora: Profa. Dra. Carla Beatrice Crivellaro Gonçalves.

Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de Passo Fundo, 2021.

1. Saúde – Educação. 2. Formação profissional – Saúde. 3. Covid-19 (Doença). I. Bertolin, Julio César Godoy, orientador. II. Crivellaro, Carla Beatrice, coorientadora. III. Título.

CDU: 37:614

---



**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a dissertação**

**“O CUIDADO NOS TERRITÓRIOS NO CONTEXTO DA PANDEMIA: UMA  
FORMAÇÃO VIVA EM ATO”**

Elaborada por

**Marina Pitagoras Lazaretto**

Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Educação, do Faculdade de Educação, da  
Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial e final para a obtenção do grau de Mestre em  
Educação

Aprovada em: 25 de agosto de 2021  
Pela Comissão Examinadora

Prof. Dr. Julio Cesar Godoy Bertolin  
Presidente da Banca Examinadora  
Orientador

Prof. Dr. Angelo Vitório Cenci  
Universidade de Passo Fundo

Prof. Dr. Alcindo Ferla  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Carla Beatrice Crivellaro Gonçalves  
Universidade de Passo Fundo

Prof. Dr. Altair Alberto Fávero  
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em  
Educação

Dedico este trabalho às mais de 500 mil pessoas que perderam a vida nesta pandemia e a todos e todas que seguem suas vidas com as marcas desse acontecimento. Que o luto se transforme em luta e que a formação seja caminho possível para esse percurso de superação!

Não voltemos ao normal! Que cuidemos uns dos outros, que tenhamos coragem para a construção de novos mundos possíveis!

## Agradecimentos

Queria agradecer às gentes

Às gentes que me fizeram experimentar a amizade

Às gentes que me permitem compartilhar o amor

Às gentes que são minha família e meu porto seguro

Às gentes que ensinam cotidianamente as dimensões da força e da resiliência

Àqueles que se colocam a aprender

Àqueles que se propõem a ensinar

Àqueles que fazem a vida ter sentido

Àqueles que façam vibrar, pulsar

Àqueles todos que, como eu, são gentes que desejam

Um mundo mais justo:

Melhor de se viver e pra ser quem se é!

*Queremos saber  
O que vão fazer  
Com as novas invenções  
Queremos notícia mais séria  
Sobre a descoberta da antimatéria  
E suas implicações  
Na emancipação do homem  
Das grandes populações  
Homens pobres das cidades  
Das estepes dos sertões  
Queremos saber  
Quando vamos ter  
Raio laser mais barato  
Queremos, de fato, um relato  
Retrato mais sério do mistério da luz  
Luz do disco voador  
Pra iluminação do homem  
Tão carente e sofredor  
Tão perdido na distância  
Da morada do senhor  
Queremos saber  
Queremos viver  
Confiantes no futuro  
Por isso se faz necessário prever  
Qual o itinerário da ilusão  
A ilusão do poder  
Pois se foi permitido ao homem  
Tantas coisas conhecer  
É melhor que todos saibam  
O que pode acontecer  
Queremos saber, queremos saber  
Queremos saber, todos queremos saber  
(Gilberto Gil)*

## RESUMO

Em 2020 novos acontecimentos marcaram o mundo, especialmente na área da saúde. Um novo vírus atravessou seus diferentes “cantos” sem pedir licença, materializando-se na pandemia da Covid-19. Tal situação afetou a vida de todas as pessoas em diferentes dimensões. Evidenciando uma crise civilizatória e sanitária, diferentes atores foram convocados e tiveram que construir estratégias emergenciais para dar conta da diversidade de desafios que foram postos pela pandemia. No ensino superior, especialmente nas graduações em saúde, movimentos foram sendo feitos no sentido de convocar as Universidades para o seu compromisso social, particularmente na atuação como comunidades mais vulneráveis. Considerando o contexto imposto, este trabalho busca, de forma geral, compreender o potencial de uma estratégia de enfrentamento da pandemia como movimento inovador e qualificador da formação democrática e integral na área da saúde. A pesquisa apresenta um delineamento qualitativo e tem caráter exploratório. A coleta de dados ocorreu a partir da análise de materiais audiovisuais produzidos durante a execução de um projeto denominado “Projeto Redes de Cuidados Territoriais de Enfrentamento à Covid-19” (PRCT), estruturado a partir de uma parceria entre a Universidade de Passo Fundo e o Município de Passo Fundo/RS. O projeto pesquisado envolveu estudantes, professores, funcionários, lideranças comunitárias e trabalhadores dos serviços de saúde, tendo como base teórica e pedagógica o quadrilátero da formação em saúde. Os dados passaram por análise qualitativa de discurso para compreensão dos sentidos da experiência vivenciada. As análises evidenciaram que a pandemia da Covid-19 tem sido um acontecimento carregado de ensinamentos, impulsionados pelos próprios desafios impostos por essa realidade. Ainda, considerando os aspectos que norteiam a reorientação da formação em saúde, destacou-se que o contato com o território e com as pessoas que compõem esses cenários, bem a experimentação de uma proposta de formação ancorada em uma pedagogia afetiva e implicada com as questões de vida encontradas fora dos muros da universidade, pode ser uma possibilidade geradora de convites que integrem ensino-serviço-comunidade e gestão. Essa conclusão, indica para a possibilidade de superar e de fazer transbordar as especificidades que ancoram as formações em saúde e fazer do SUS um sistema pleno e civilizador.

Palavras-chave: educação; saúde; pandemia; formação em saúde; cuidado.



## **ABSTRACT**

In 2020, new events marked the world, especially in the area of health. A new virus crossed the “corners” of the world without asking permission, materializing in the Covid-19 pandemic. This situation affected all of our lives in different dimensions. Evidencing a civilizing and health crisis, different actors were summoned and had to build emergency strategies to deal with the diversity of challenges that were required by the pandemic. In high education, especially in health courses, movements were being made to call the Universities to their social commitment, particularly in working with the most vulnerable communities. Considering the context, this work seeks, in general, to understand the potential of a strategy to fight the pandemic as an innovative and qualifying movement for democratic and integral education in the area of health. The research has a qualitative design and is exploratory in nature. Data collection was based on the analysis of audiovisual materials produced during the execution of the project, which were anchored in the perspective of the quadrilateral of health education. The data underwent a qualitative discourse analysis, in order to understand the meanings of the lived experience. The analysis show the Covid-19 pandemic as an event laden with lessons, driven by the challenges imposed. Considering the aspects that guide the reorientation of health education, it is highlighted that the contact with the territory and with the people who make up these scenarios, as well as the formulation of training anchored in the perspective of an affective pedagogy and involved with the issues of life found outside the walls of the university, it is necessary and urgent to formulate invitations that integrate teaching-service-community and management to overcome and overcome the specificities that anchor training in health, and make the SUS a full and civilizing system.

**Keywords:** Pandemic; Health training; Education.

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1 SAÚDE E EDUCAÇÃO: PERCURSOS, ENTRELAÇAMENTOS E DESAFIOS	17
1.1 A crise da educação: a invasão da lógica de mercado e a ameaça iminente da educação para cidadania democrática .....	20
1.2 Saúde como um direito: 30 anos de política pública e resistências .....	25
2 FORMAÇÃO EM SAÚDE	30
2.1 Reorientação da formação em saúde .....	32
2.2 A produção de cuidado vivo em ato: a concepção de saúde a partir das tecnologias de cuidado .....	40
3 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19	44
3.1 O papel das universidades e o projeto redes de cuidados territoriais .....	44
4 AS ROTAS QUE TRILHAMOS PARA CHEGAR ATÉ AQUI	51
5 O QUE PODE UMA EXPERIÊNCIA FORMATIVA NO TERRITÓRIO .....	55
5.1 Formação para a democracia: transbordar o trabalho em saúde .....	70
5.2 Formação para as humanidades: furando a bolha e reorganizando paisagens sobre o cuidado em saúde a partir da experiência da pandemia.....	74
5.3 Reorientação da formação em saúde: o quadrilátero materializando possibilidades de inovação no ensino .....	84
6 TRANSBORDAMENTOS FINAIS: O QUE APRENDEMOS E O QUE VAMOS LEVAR NA NOSSA CAIXA DE FERRAMENTAS	88
REFERÊNCIAS .....	92

## INTRODUÇÃO

Essa foto é do mesmo local: Ocupação 3 do bairro Zachial!  
 Uma é de 2012 a outra de 2020!  
 Foi nessa experiência, de conhecer esse lugar que representa muitas lutas que eu conheci o SUS!  
 Eu só conheci esse lugar, por causa do Versus!  
 Eu só fiz residência multiprofissional em saúde da família por causa do SUS e das políticas de reorientação da formação em saúde!  
 Eu só trabalhei na SMS, porque tinha formação para atuar no SUS!  
 Eu só trabalho hoje na Universidade por todas essas e outras oportunidades que a aposta da política pública de saúde me deu!  
 Nesse dia em que um decreto é publicado, com intencionalidade (escrota e perversa) de criar mecanismos de atacar a lógica da universalidade desse sistema em que mais de 70% da população depende para cuidar de sua saúde, sinto raiva, mas que me movimenta para seguir lutando!  
 É momento de reinvenção da nossa participação, é momento de viver e promover princípios de uma ética pautada no cuidado, que escuta, acolhe a diversidade, que produz vida e não repete nos espaços cotidianos a lógica que tanto se critica!  
 Tenho vivido experiências de cuidados nos territórios, com estudantes de diversas áreas do conhecimento e tem sido uma mola propulsora para seguir esperando! A juventude tem desejos que precisam ser cuidados, orientados, os estudantes da saúde podem e devem ser protagonistas desse enfrentamento!  
 Eu me identifiquei como psicóloga quando me encontrei com "o SUS"!  
 E digo pra vocês, esse encontro é um acontecimento que faz da vida uma possibilidade de rompimento com o instituído e com a produção de novos devires!



Um novo vírus atravessou os cantos do mundo sem pedir licença, materializando-se na pandemia da Covid-19. Com início em Wuhan, província de Hubei na China, um surto de pneumonia - com sua causa ainda desconhecida - despertou atenção não apenas na China, mas também do mundo e a Organização Mundial de Saúde (OMS), após investigação, compreendeu que se tratava de um novo vírus, o SARS-CoV-2, sendo responsável por causar a doença Covid-19 (ÁVILA et al., 2020, p. 12).

Portanto, uma pandemia se constituiu em um mundo que estava ruindo. Desigualdades sociais foram escancaradas. Sistemas de saúde colocados à prova. Necessidade de novos pactos sociais. Mudanças nos modos de ensinar e aprender. Mortes. Dor. Polarização. Negacionismo. Isolamento. Necessidade de estar junto. Tratamento. Conhecimento. Tempo acelerado. Tempo que não passa. Contexto que agrava. Orientações. Novas orientações. Responsabilidades e compromissos sendo exigidos. Descobertas. Novos modos de cuidar. Novos modos de ver/estar/sentir/aprender o mundo?

Ao evidenciar o movimento provocado pelas inquietações que culminaram na reorganização dessa pesquisa, inicio este texto dizendo que foi através da experiência de viver uma pandemia e todas as consequências que ela traz, que resolvi estudar e aprofundar aquilo que mais me mobiliza enquanto profissional da saúde e mestranda de um programa de pós-graduação em Educação: a formação nossa, dos profissionais da saúde. Estando na linha de frente, ou não, nesta pandemia, tivemos nossos compromissos profissionais marcados por uma exigência que historicamente nos é muito cara: o cuidado e a defesa da vida. Nesta pesquisa não quis silenciamentos, não quis realizar análises que falassem pelo outro ou que amenizassem as dificuldades encontradas neste momento. Ao vivenciar esse contexto como profissional de saúde, trabalhadora de uma universidade comunitária, mulher, cidadã e defensora de uma saúde universal e gratuita a todos e da educação como bem comum, assumi o compromisso de reorganizar minha proposta de dissertação a fim de seguir pesquisando a formação em saúde, sem deixar de lado esse momento tão duro e avassalador para o mundo todo.

Porém, como referi anteriormente, a pandemia atravessou nossas vidas de forma muito intensa e, por conta de minha trajetória formativa, senti mobilizado em mim o compromisso de estudá-la. Antes da pandemia, eu já estava atravessada por uma série de questões que passavam pelo processo de reorientação da formação em saúde. Durante a graduação, ainda, tive a oportunidade de vivenciar uma reviravolta no processo de me tornar psicóloga. Como uma das grandes propostas de reorientação da formação em saúde, vivi o Ver-SUS (Vivências e Estágios na Realidade do SUS): uma imersão na realidade do SUS a partir de uma interação entre as diferentes áreas da saúde, bem como do protagonismo dos estudantes. A reviravolta, então, provocou a construção de um percurso formativo que me fez avançar para lugares onde a formação tradicional oferecida pelo curso não chegava.

Seguindo nessa perspectiva, incentivada pelos docentes que me orientaram a construir esse lugar, fui parar na extensão da Universidade de Passo Fundo. Essa experiência me proporcionou a oportunidade de circular entre projetos de extensão de todas as áreas do conhecimento, com o desafio de buscar pontos de intersecção entre eles, protagonismo dos estudantes e assessoria pedagógica sobre os princípios da extensão universitária. Mobilizada pela interação com outras áreas e atravessada pelo reconhecimento do meu novo lugar no mundo como psicóloga, a partir do contexto do SUS, segui o caminho trilhando a Residência Multiprofissional, outra intensa e grande estratégia de reorientação da formação. Minha escolha foi pela saúde da família e comunidade. Foram dois anos atravessados por aprendizados carregados de sentido: do que é ser psicólogo na saúde coletiva, da importância de uma formação em serviço, do que significa trabalhar com comunidades, em equipe,

intersetorialmente e com as políticas públicas. Fui compondo uma grande caixa de ferramentas que me permitiriam circular por diferentes espaços, saí da residência com algumas ferramentas na mão - como a aposta na formação e no exercício da educação permanente em saúde. A partir daí os atravessamentos já me constituíam e a vida não faria mais sentido sem eles. A gestão acabou sendo meu lugar pós-residência, desafiando em mim o exercício de criar estratégias de fortalecimento daquela política pública que me fez reconhecer, enfim, o meu lugar como psicóloga no mundo: a saúde pública e coletiva. Os desafios foram muitos e a marca da minha passagem por esse lugar foi o cuidado com os trabalhadores, que enfrentavam dificuldades diárias em um contexto de precarização e desvalorização e, conseqüentemente, dificuldades de organização dos processos de cuidado em saúde. Encerrei ciclos nesse lugar e aí a pandemia chegou! Não vivi ela nesse lugar da gestão, mas a partir dele senti o compromisso de seguir estudando e buscando alternativas inovadoras para a consolidação do SUS. Viver uma formação carregada de sentido, proporcionada por essas estratégias de reorientação da formação, me trouxe até esse lugar-desejo de pesquisar a formação e a pandemia que, então, passa a constituir esse cenário que transborda a formação técnica, mas me estabelece como profissional-afetiva.

A pretensão, aqui, é seguir esperando, apostando que, mesmo vivendo em um país governado por alguém que negligencia<sup>1</sup> a vida cotidianamente e faz da existência de alguns grupos sociais descartáveis, existem caminhos possíveis para fazermos de todas as vidas singulares, lugares desejáveis de habitar. É na aposta em uma formação que rompe com a desigualdade, que se constituiu com o outro e no encontro, e faz do seu compromisso ético a defesa da vida, que acredito encontrarmos novos rumos possíveis para vencer esta pandemia.

Lazzarotto e Carvalho (2012, p. 24), ao discorrerem sobre o movimento de afetar-se no processo da pesquisa, sinalizam que experimentar os afetos é a possibilidade de enunciação de outras formas de agir, a partir dos modos de expressão que vamos percorrendo. Quando afetados pelas audições e visões, gostos e cheiros, toques de vidas que nos forçam a pesquisar na historicidade de um tempo que acontece, temos a oportunidade de perceber que nossas questões são feitas de vida. Nesse contato, exercitamos nossa ética e expandimos nosso conhecer nas relações de uma vida de todos em nós, de uma vida de si com todos.

Assim, não posso deixar de iniciar as discussões aqui propostas sem dizer que viver a pandemia tem sido um dos maiores exercícios de compreensão desses afetos, para eles serem

---

<sup>1</sup> A partir da análise de 3.049 normas federais, um estudo da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP) e da Conectas Direitos Humanos evidenciou que o Brasil foi um dos países mais afetados pela pandemia da Covid-19 e esse fato está atrelado a uma estratégia institucional de propagação do vírus, promovida pelo governo brasileiro.

mobilizadores de esperança, desejo de mudança e de produção de conhecimento conectada com a vida das pessoas.

Esse novo contexto afetou a vida de todos nós, em diferentes dimensões. Da crise civilizatória à crise sanitária, tivemos que ir construindo estratégias emergenciais para dar conta da diversidade de desafios evidenciados pela pandemia. Um sistema de saúde que atende milhares de brasileiros, mas que ainda enfrenta muitos desafios para sua consolidação, governos negacionistas, subfinanciamento das pesquisas nas universidades e institutos, necessidade de ações coletivas de cuidados (como distanciamento social, isolamento, uso de máscaras, equilíbrio entre a economia e a saúde, dentre outras tantas), o novo contexto instalado acabou convocando e demandando estratégias, até então, não pensadas - ou melhor, talvez ainda não implementadas, se considerarmos que as epidemias são estudadas há bastante tempo no mundo da ciência. Inovações foram exigidas, com a tarefa não só de amenizar estes desafios, mas, também, radicalizar a essência do cuidado em saúde, que é a defesa da vida.

Em meio a essa experiência, ações emergenciais em diferentes segmentos tiveram que ser pensadas e colocadas em prática mundialmente, com objetivo de reduzir o impacto da pandemia, especialmente nas populações mais vulneráveis (TORRES; ALVES; COSTA, 2020, p. 3). No Brasil especialmente, pelos altos índices de desigualdade social e distribuição de renda, as ações tiveram contradições, pois já encontraram um cenário de crise política, econômica e social, fazendo com que a pandemia evidenciasse ainda mais essas desigualdades, como afirma Antunes (p. 10, 2020):

O Covid-19 exhibe todas as características de uma pandemia de classe, gênero e raça. Embora os esforços de mitigação estejam convenientemente ocultos na retórica de que “todos estamos juntos nessa guerra”, as práticas, em particular, por parte dos governos nacionais, sugerem motivações mais sombrias.

A pandemia tem produzido reflexões importantes e paralisou parte do sistema produtivo mundial, que se ocupa das riquezas e dos bens de consumo, mas ativou a pesquisa, produção em saúde, o trabalho em saúde e as demais áreas essenciais. Ela colocou em evidência e discussão a crise civilizatória que a humanidade foi fermentando nas últimas décadas (ou séculos), se considerarmos as profundas desigualdades com as quais a humanidade, ou ao menos os grupos de maior expressão política e social, vêm convivendo confortavelmente (FERLA et al., 2020a, p. 18).

No contexto educacional, os impactos da pandemia foram muitos, desagregando o sistema educativo que já vivenciava desafios importantes. No entanto, a condição de ensinar

remotamente obrigou os professores, estudantes e suas famílias a lidar diretamente com o imprevisível e com todas as desigualdades evidenciadas por esse momento.

A formação em saúde, no contexto do ensino superior, mudou completamente durante a pandemia. Esse cenário em que a impossibilidade da realização de aulas presenciais exigiu a criação de novos caminhos para seguir com os semestres em andamento, provocou intensos debates e discussões acerca da qualidade do ensino durante este período (TORRES; ALVES; COSTA, 2020, p. 3).

Frente a esse cenário, os modos de ensinar e aprender na saúde tiveram que ser ressignificados. Entre o dilema da qualidade oferecida por um ensino remoto e os diversos locais de práticas que sediaram disciplinas e estágios dos cursos da área da saúde sendo suspensos ou, então, remodelados, a pandemia exigiu e ampliou os desafios logísticos relacionados à segurança do paciente e profissionais de saúde, à (re)definição de fluxos institucionais, à adequada comunicação de protocolos de cuidado e, em especial, à integração de ações nos distintos níveis de atenção e deles com as escolas de saúde (OLIVEIRA; POSTAL; AFONSO, 2020, p. 57).

Assim, a articulação entre ensino-serviço, enquanto ficou estremecida, foi extremamente demandada, à medida que o cenário foi se agravando e evidenciando a necessidade de garantir apoio de pessoal e de ações no enfrentamento da pandemia, através das instituições de ensino superior, especialmente dos cursos de graduação em saúde.

A exigência para a organização socio sanitária foi intensa, implicando em reforços no sentido de, emergencialmente, olhar para os determinantes de saúde e doença da população e produzir intervenções resolutivas sobre eles. O próprio governo brasileiro lançou mão de estratégias que convocaram as instituições de ensino e seus estudantes, especialmente da área da saúde, para atuação na linha de frente. Fosse com produção de equipamentos de proteção, empréstimo de espaço físico para atendimento, apoio com estudantes de diferentes áreas na linha de frente, reformulação dos estágios e disciplinas práticas, os chamamentos vieram através de portarias e resoluções (GIMENEZ; SOUZA; FELTRIN, 2020).

A Portaria nº 356, de 20 de março de 2020, dispôs sobre a atuação dos estudantes dos cursos da área de saúde no combate à pandemia do Covid-19 (coronavírus), colocando a possibilidade de que os que estivessem regularmente matriculados nos dois últimos anos do curso de medicina e do último ano dos cursos de enfermagem, farmácia e fisioterapia, realizar o estágio curricular obrigatório em unidades básicas de saúde, unidades de pronto atendimento, rede hospitalar e comunidades a serem especificadas pelo Ministério da Saúde, enquanto durar a situação de emergência de saúde pública decorrente do Covid-19 (BRASIL, 2020).

A Portaria nº 580, de 27 de março de 2020, definiu a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo - Residentes na área de Saúde”, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (Covid-19), também fortaleceu o chamamento dos estudantes de pós-graduação na modalidade de residências médica e multidisciplinar, agregando um valor de complementaridade à bolsa, para garantir o apoio nas ações da linha de frente (BRASIL, 2020).

Tendo em vista essas convocações, entre outras, se destacou, com maior intensidade, o grande desafio do campo da saúde: o de formar sujeitos implicados com o compromisso e fazer ético de suas profissões frente aos desafios da pandemia, bem como, de garantir qualidade pedagógica, segurança e proteção. Se o desafio das formações em saúde já era aproximar-se ou, até mesmo, produzir fissuras nos muros da academia para a construção de conhecimento nos territórios vivos, onde a vida acontece, na pandemia isso tornou-se ainda mais necessário.

Com isso, a Universidade de Passo Fundo, demandada pela gestão municipal, construiu uma proposta de atuação que envolvesse os cursos da área da saúde inicialmente, denominada Projeto Redes de Cuidados Territoriais no enfrentamento à covid-19 (PRCT). Este projeto teve como objetivo central implementar ações de cuidado em saúde nos territórios/populações de maior vulnerabilidade social e grupos de risco à Covid-19, considerando, também, a necessidade de cumprimento de carga horária prática dos cursos e programas de residência, contando com a atuação de diferentes cursos da área da saúde, na perspectiva da interprofissionalidade e do trabalho pautado na formação para o SUS.

O campo da saúde, historicamente, encontra desafios na mudança de paradigma nos modos de cuidar da vida das pessoas e na ampliação do direito e do acesso à saúde no SUS, através da qualificação dos profissionais que o exercem. Sendo assim, há uma provocação e desafio para construção de movimentos por dentro da formação que considerem a perspectiva democrática como uma das possibilidades de efetivação da reorganização e enfrentamento das principais instigações no campo. Nussbaum (2015) evidencia que essa concepção de educação, presente nas formações em saúde, auxilia no desenvolvimento da capacidade dos sujeitos exercerem suas práticas articuladas com os compromissos constitucionais, pensando criticamente sobre o mundo, desenvolvendo capacidade de imaginar empaticamente e exercer a cidadania.

Sendo assim, os questionamentos que permearam esta pesquisa debruçaram-se sobre: quais as estratégias possíveis, enquanto instituições e cidadãos, para fazer resistência a este cenário de crise permanente na educação, agravado ainda mais pelo contexto da pandemia? Como resgatar a alma dos processos formativos na área da saúde, para eles poderem carregar



possibilidades de ampliação de concepções sobre as diversas possibilidades de existências no mundo?

Nesse sentido, apesar de todas as dificuldades que este momento apresenta, há uma oportunidade “cara” às instituições de ensino superior - a capacidade de voltar-se para aquilo que, em um contexto de mercantilização do ensino superior e da lógica de produtividade, estava desacreditado: o compromisso social com a ciência e a produção de conhecimento significativo onde a vida acontece.

Portanto, ao saber que o processo de pesquisar uma experiência implica em pensar sobre as multiplicidades que nos constituem, há sempre mais e mais questões a nos movimentar e analisar as problemáticas que emergem do cotidiano: que convocações foram feitas às universidades para o enfrentamento à pandemia? Qual foi o papel das escolas de saúde nesse contexto? Se estão sendo realizadas ações, elas estão articuladas com os princípios de reorganização da formação na saúde? Como as políticas de saúde e os serviços dialogam com esse cenário? Quais convites fazer aos estudantes, docentes, trabalhadores da saúde e comunidades, para produzir encontros transformadores no processo de aprendizagem e cuidado sobre a saúde, em meio à pandemia? Que sentidos têm sido produzidos nas experiências vivenciadas pelos sujeitos em formação na pandemia? Que saberes, tecnologias e conhecimentos têm sido utilizados? Quais narrativas são passíveis de ser construídas para superação deste momento? Que narrativas e sujeitos têm sido constituídos para produzir superações?

A partir destes questionamentos, tomou-se como questão de pesquisa: quais ensinamentos e aprendizados o Projeto Redes de Cuidados Territoriais de enfrentamento à Covid-19 carrega em sua proposta e em que medida contribuem para a problematização da formação em saúde?

Ao buscar responder essa pergunta, construímos como objetivo geral a proposta de compreender o potencial de uma estratégia de enfrentamento da pandemia como movimento inovador e qualificador da formação democrática e integral na área da saúde.

Os objetivos específicos consistem em: a) Analisar uma estratégia de enfrentamento à pandemia, considerando a percepção dos atores que compõem o quadrilátero da formação em saúde: ensino-serviço-gestão-comunidade - no que se refere às contribuições para as formações em saúde; b) Problematizar a formação em saúde a partir de uma estratégia de enfrentamento à pandemia, sob a ótica da reorientação da formação em saúde; c) Evidenciar quais estratégias pedagógicas são possíveis de serem identificadas para a reorientação da formação, a partir da experiência do Projeto Redes de Cuidados Territoriais.

Para dar conta desses objetivos, o percurso metodológico se constituiu a partir de uma abordagem qualitativa e de discurso, que analisou materiais audiovisuais produzidos a partir de uma experiência de enfrentamento da pandemia, materializada no Projeto Redes de Cuidados Territoriais. Os discursos analisados fizeram parte de duas produções protagonizadas pelos estudantes, professores e comunidade, sendo uma delas um vídeo apresentado no Evento “PET-Saúde Interprofissionalidade: experiências no desenvolvimento de competências colaborativas na formação e no trabalho em saúde” e a outra, a Mostra Final do Projeto Redes de Cuidados Territoriais, que ocorreu de forma online na Universidade de Passo Fundo através da plataforma do Google Meet.

Nesta pesquisa, busco resgatar aquilo que subsidia teoricamente as reflexões sobre a reorientação da formação e saúde, mas, também, reafirmar a dimensão formativa e pedagógica deste momento de pandemia, já que tem sido um tempo de muitas reorganizações e aprendizados.

Destaco ainda que, ao iniciar cada capítulo, me permiti trazer alguns versos, produzidos por mim. Com a intenção de expressar os afetos mobilizados pelo contexto da pandemia, fui escrevendo, como estratégia de dizer aquilo que senti, experimentei, olhei, toquei e criei ao trabalhar no Projeto Redes de Cuidados Territoriais no enfrentamento à Covid-19. Como disparadores reflexivos-afetivos, peço que os sintam e os leiam com o coração leve e com a certeza de que a produção de conhecimento pode - e deve - promover a implicação com a realidade social.

No segundo capítulo, apresento uma discussão reflexiva a respeito do “estado da arte” dos campos da educação e da saúde. Discutirei o que se refere aos entrelaçamentos e desafios impostos não só por esse momento, mas que já vinham se instalando ao longo dos anos na operacionalização de suas concepções e políticas públicas de reorientação da formação em saúde.

O terceiro capítulo contém uma revisão dos movimentos realizados desde a Constituição de 1988 nos processos de reorganização da formação em saúde. Apontando elementos que circundam os paradigmas a serem enfrentados na saúde, a organização de programas e projetos que compõem o arsenal de estratégias políticas e metodológicas de formar para o cuidado integral em saúde. Também apresenta a perspectiva de formação viva em ato e do quadrilátero da formação em saúde como principais estratégias conceituais-éticas-políticas-afetivas de se viver a formação nas graduações da área.

O quarto capítulo apresenta discussões acerca do contexto da pandemia da Covid-19, evidenciando os principais desafios, especialmente no cenário da educação superior e da

organização dos serviços e redes de atenção à saúde. Além disso, contextualiza a estratégia de enfrentamento à pandemia, conduzida pela Universidade de Passo Fundo, denominada Projeto Redes de Cuidados Territoriais, no que se refere à sua estrutura, envolvidos e metodologia de trabalho, sendo que ela foi o objeto de análise desta pesquisa.

No quinto capítulo, é apresentada a descrição do percurso metodológico e, por último, as intensas, afetivas e mobilizadoras reflexões produzidas nesta experiência. A pandemia não acabou e nossas reflexões estão só começando. É possível, em meio a tantas vidas perdidas, a tantos sofrimentos escancarados, a tantas necessidades emergentes, encontrar caminhos possíveis para uma formação transformadora? Os convido a colocar “os pés e a mente” em movimento, por dentro dos territórios do inusitado, onde o PRCT percorreu e, a partir deste deslocamento e da conexão com as diferentes gentes que viveram essa experiência, façam composições daquilo que ainda é do desejo de vir a ser, no que se refere a formação em saúde.

## 1 SAÚDE E EDUCAÇÃO: PERCURSOS, ENTRELACAMENTOS E DESAFIOS

Me falta o ar, mas não é sintoma da covid-19

Me falta o ar porque tenho sentimentos confusos circulando dentro de mim

Me falta o ar porque enquanto vivemos uma pandemia, temos um governo que vem matando dia a dia a possibilidade de milhões de brasileiros acessarem seus direitos e que ri cotidianamente da nossa cara

Me falta o ar, porque tenho amigxs matando um leão por dia na rede de saúde e eu me preocupo com elxs

Me falta o ar porque meu corpo está em festa, mas não é comemoração, é inquietude, insegurança

Mas na imensidão que é a vida...



Hoje, na volta de uma reunião, parei pra olhar o céu, pra respirar fundo e deixar o vento bater na cara

Falei coisas pro universo, pra deus, pra mim mesma

A reconexão foi instantânea, o ar foi voltando e vi que a esperança nunca morre

Ela só precisa de tempo, espaço e desejo

Desejo de compor esse mundão junto de várias gentes

Desejo de mudar o mundo (por mais clichê que isso possa parecer)

Serenidade! Coletividade! Amorosidade! Coragem!

Marina Pitagoras Lazaretto

20/03/2020

Que escolhas civilizatórias estamos fazendo (ou estão nos impondo)? Que projetos de desenvolvimento estão em disputa? Que concepções são pertinentes hoje, ao campo da educação e da saúde, no que se refere à manutenção da vida democrática? Quais rumos os sistemas educacionais e os sistemas de saúde estão tomando? Que vozes ecoam nessa travessia? Que gritos de defesa fizemos/faremos?

Inquietações nos movimentam e fazem os nossos caminhos, enquanto sujeitos do mundo, se tornarem aprendizados. Portanto, inicio trazendo esses questionamentos para que poderemos, juntos, produzir reflexões acerca dos principais desafios enfrentados por esses campos (Saúde e Educação) no contexto do ensino superior, especialmente, com a intencionalidade de reunir conhecimento, forças e inspiração para fazer resistência a eles.

Usarei diferentes pensadores contemporâneos que discutem as temáticas citadas acima, especialmente as contribuições da filósofa Martha Nussbaum (2015), que evidenciará de forma muito contundente a crise nos sistemas educacionais a nível global, e também autores com

trajetória no campo da saúde coletiva, possuindo vasta produção de conhecimento no que se refere à consolidação do SUS e aos processos de reorientação da formação em saúde.

Historicamente, os contextos da construção das políticas públicas sempre demandaram certa vigilância e a necessidade de análises profundas, já que esses movimentos em sua grande maioria se constituem atravessados por disputas e intencionalidades que influenciam diretamente as concepções e ações propostas.

Ball e Bowe (1992 apud MAINARDES, 2006), analisando as políticas educacionais e suas trajetórias sociais, propuseram a abordagem do “Ciclo de Políticas”. A partir de um modelo de ciclo contínuo, constituído por cinco contextos principais: de influência, da produção de texto, da prática, dos resultados (efeitos) e o de estratégia política, evidenciaram haver uma interrelação entre esses diferentes momentos, sendo que eles não têm uma dimensão temporal ou sequencial, e não são etapas lineares. Cada um desses contextos apresenta arenas, lugares e grupos de interesse e cada um deles envolve disputas e embates. Tal concepção, portanto, nos dá algumas pistas para analisar em que tempos estão essas políticas, no que se refere a sua consolidação, implementação no cotidiano e desafios.

Os autores indicam que o foco da análise de políticas públicas deveria incidir sobre a formação do discurso da política e sobre a interpretação ativa que os profissionais que atuam no contexto da prática efetuam ao relacionar os textos da política à prática. Tal exercício, segundo os autores, abriria espaço para identificação dos processos de resistência, acomodações, subterfúgios e conformismo dentro e entre as arenas da prática, além do delineamento de conflitos e disparidades entre os discursos nessas arenas (BALL; BOWE, 1992 apud MAINARDES, 2006, p. 50).

Com a Constituição Federal de 1988, a Educação e a Saúde ganharam status de direitos constitucionais, evidenciando, portanto, a necessidade de construção de estratégias para sua efetiva consolidação, como a construção de políticas públicas, no sentido de responder aos princípios que reafirmam a dignidade humana e a promoção da justiça social. Na saúde, com os efeitos do Movimento da Reforma Sanitária e a sanção da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990) e na educação com a sanção da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBN; Lei 9394/1996), princípios e diretrizes foram evidenciados, dando base para a construção das políticas pública nesses campos.

Em se tratando do entrelaçamento desses dois direitos e suas respectivas políticas, temos visto um desafio importante que se reflete no âmbito das formações em saúde. A implementação do Sistema único de saúde como política pública provocou mudanças importantes no ensino da saúde, quer pela expansão dos vínculos empregatícios, quer pela ampliação da capilaridade no

acesso, abrangendo áreas que historicamente não usufruíam, em sua plenitude dos cuidados ofertados pelo sistema. A expansão do sistema foi orientada por uma mudança nos modos de organizar o trabalho, sobretudo na atenção à saúde prestada nos territórios, que se volta à promoção e à prevenção das doenças, na vigilância em saúde nas comunidades, na organização de redes de atenção voltadas às necessidades de saúde das pessoas, numa escuta cuidadosa à cidadania e no envolvimento das comunidades (CECCIM; FERLA, 2008 apud FERLA et al., 2020b).

Então, o SUS, tendo como obrigação “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde” (BRASIL, [2021], n.p.), estruturados a partir da perspectiva democrática e de cidadania, compromete e responsabilizar as instituições de ensino, no que se refere a construção de currículos e práticas pedagógicas potentes para o princípio da cidadania, contrariando, assim, a lógica hegemônica de fragmentação no ensino da saúde (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013, p. 35).

Entretanto, os estudos voltados ao campo da saúde coletiva evidenciam que houve um lapso temporal entre os avanços conquistados no campo do trabalho em saúde, em detrimento do setor da educação e da área do ensino. Um exemplo deste lapso entre a Lei 8080 e as políticas para reorientação da formação em saúde, se materializa nas DCNS aprovadas somente em 2003, onde se afirmou que a formação do profissional de saúde deveria contemplar o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral a ele (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a, p. 1402).

Segundo Ferla e Ceccim (2008, n.p.),

[...] ainda é tênue na formação profissional a apropriação do Sistema Único de Saúde e ainda vigora um imaginário de saúde como prestação de serviços altamente tecnicizados, com usuários tomados por seus padrões biológicos, com o processo saúde doença constituído por história natural, com o hospital tomado como o topo de uma hierarquia qualitativa de trabalho, com o emprego público entendido como alternativa de sobrevivência e produção de práticas coletivas, enquanto o trabalho de maior dedicação estaria no subsetor privado, com atendimento individual e com grande consumo de procedimentos. Um imaginário assim configurado está presente na formação, sendo produto construído e embasado em interesses corporativos e particulares.

Na educação, vive-se uma contradição entre a organização da formação a partir da concepção tradicional, em que a prática pedagógica se centralizada na aquisição de conhecimentos sem conexão com a realidade e com a prática de ensino reflexiva, que propõe o estudante como protagonista a partir da proposta de aprendizagem significativa (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010a, p. 757).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), os recursos humanos para a área da saúde apresentam-se em crise. A ausência de profissionais de saúde apresenta-se como uma barreira crítica mundial para a conquista dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio relacionados à saúde. Em 2006, a 59ª Assembleia Mundial de Saúde reagiu à crise de recursos humanos para a saúde através da implementação da resolução WHA59.23, que ordenou um rápido aumento da produção de força de trabalho de saúde através de várias estratégias, entre as quais o uso de “abordagens inovadoras de ensino em países industrializados e em desenvolvimento” (OMS, 2010).

Com essa história de entrelaçamentos e esses inúmeros desafios, tem sido necessário gerar dispositivos nas políticas públicas de educação e de saúde para induzir mudanças na formação dos profissionais, construindo inventivamente novas realidades, desafiando o conhecimento sistematizado, colocando-o em questão a partir das condições objetivas de vida e saúde das pessoas nos diferentes territórios (FERLA et al., 2020a, p. 16).

### **1.1 A crise da educação: a invasão da lógica de mercado e a ameaça iminente da educação para cidadania democrática**

O campo educacional tem experimentado importantes desafios a nível global, especialmente no que se refere aos ataques à perspectiva humanista e democrática. A ideia de educação para o exercício de uma cidadania democrática tem sido invadida de forma avassaladora pela lógica de mercado, especialmente no contexto das instituições de ensino superior. Tal cenário tem promovido disputas e competições entre as instituições, o abandono de princípios e valores, a redução de componentes curriculares com ênfase nas humanidades, bem como coloca em perigo características essenciais para a manutenção de uma vida democrática.

Essa tendência percorre o mundo e está vinculada ao paradigma de desenvolvimento econômico. Nessa lógica, Nussbaum (2015, p. 15) salienta que, atualmente, a mensuração da qualidade de vida e do crescimento das ações estão vinculadas à análise do Produto Interno Bruto, sendo que essa avaliação elimina do processo questões como: distribuição de renda, qualidade de vida, justiça social, qualidade das relações de gênero, etc. Ao fazer parte das instituições de ensino, esse modo de “ditar” os processos de formação coloca como prioridade uma formação atrelada à lógica de produção de mão de obra para as máquinas lucrativas, ao

invés de ser um espaço que forme cidadãos íntegros, que pensem por si mesmos e consigam elaborar críticas aos diferentes contextos de injustiças e desigualdades.

Além disso, nesse cenário de grandes disputas e enfrentamentos, alguns atores entram em cena e reforçam esse descolamento da educação com os compromissos mundiais que garantem a democracia como, por exemplo,

[...] organismos internacionais e Estados nacionais que, sob a justificativa de maximizar os benefícios sociais dos sistemas educacionais, têm realizado reformas no campo educacional baseadas em lógicas de mercado e de privatização, colocando em questão, a própria concepção de educação superior como bem público, e situando os processos de ensino em uma situação de extrema fragilidade (BERTOLIN; DALMOLIN, 2014, p. 142).

Neste contexto, não há como negar que exista uma crise na ideologia e nas políticas pedagógicas do campo da educação. O papel público da educação no desenvolvimento de sujeitos voltados para a democracia, através da reflexão crítica e problematizadora, está em perigo e tem sido visto como um desperdício dos investimentos públicos, já que esse modelo contraria ondas neoconservadoras que buscam respostas técnicas, aceleradas, livres de toda e qualquer manifestação de aspectos subjetivos dos sujeitos, visando cotidianamente produzir e buscar a excelência (GUTIÉRREZ, 2013; NUSSBAUM, 2015).

Há nesse tempo, uma clara disputa de dois projetos ideológicos tanto sociais, quanto políticos, que avançam e que, historicamente, foram construindo modos diferentes de compreender os sujeitos e as relações econômicas e sociais na educação. O problema surge quando esses ideais são absolutizados e a forma de vida orientada na busca obsessiva pela renda e pelo lucro torna-se excludente de outras formas de vida. Nesse sentido, sem deixar dúvidas, essa situação põe em risco certos valores democráticos, visto que as novas gerações deixam de fazer experiências indispensáveis ao exercício ativo e reflexivo da cidadania (DALBOSCO, 2015, p. 128).

A perspectiva neoliberal, evidenciada acima, materializa essa captura no contexto educacional, à medida que nega a perspectiva de que a educação é um direito social e inclui no seu *modus operandi* estratégias de capturas das dinâmicas do cotidiano, adentrando as mais variadas dimensões, desde o controle dos corpos, a organização do trabalho, do lazer e dos tipos de educação que se estabelecem. Para Gutiérrez (2014, p. 42) o primeiro passo desse processo diz respeito a invenção de um sujeito denominado *ser humano del cálculo*, que busca o interesse individual e sua finalidade é a autorrealização em detrimento de outro. Um segundo movimento consiste em definir a lógica empresarial como uma nova ética, um certo *ethos*, um trabalho de



vigilância sobre si mesmo, com intuito de ordenar a forma em que o sujeito se governa e o modo como ele é governado. Esse movimento faz com que o sujeito se submeta mais facilmente, pois vincula seus próprios desejos de realização a esse governo, fazendo-o vigiar-se, “comprometer-se” com algo que é seu e, ao mesmo tempo, não é.

Com o neoliberalismo adentrando as subjetividades, um “novo evangelho”, como cita Gutiérrez (2013), se fortalece, já que começa a ser olhado como a única possibilidade capaz de salvar a todos e todas. Ele torna-se a única saída, frente a sujeitos que precisam empreender a si mesmos, produzir e buscar excelência para chegar à total liberdade. Nesse modelo, o Estado abandona a responsabilidade de administrar seus próprios recursos, dando abertura para uma aposta cega no mercado e na ausência de princípios que corroborem com ações voltadas para a justiça social:

La tesis central que se viene a concluir es que no sólo se está en un procesoprivatizador a escala mundial abriendo la educación a los mercados y rompiendo la concepción de la educación como un derecho social que ha de ser protegido por el Estado, sino que se está adecuando la misma educación a los principios y prácticas del mercado. Lo sorprendente es que esta dinámica neoliberal se ha configurado como «sentido común» tan poderoso que ha sido capaz incluso de redefinir los límites de la discusión (GUTIÉRREZ, 2013, p. 63).

Há, nesse contexto, a erosão dos laços sociais, que coloca em xeque elementos fundantes do que é uma vida no coletivo. Generosidade, fidelidade, lealdade e solidariedade saem de cena e dão espaço à face mais perversa do neoliberalismo, à dominação. Tais desafios nos são impostos cotidianamente e exigem posicionamentos, no sentido de reafirmar a vida em coletivo e o enriquecimento da experiência como possibilidade de experimentação de nós mesmos e da realidade do outro em tempos tão obscuros (GUTIÉRREZ, 2014, p. 44).

Ao considerarmos a educação como direito constitucional, pressuposto essencial para o desenvolvimento das democracias modernas, fica claro que o entrelaçamento entre mercado e educação se materializa como um desafio a ser enfrentado. Tal crise é evidenciada por Nussbaum (2015, p. 8) como uma *crise silenciosa e permanente*, que permeia as artes e as humanidades, configurando-se como um tempo em que a cultura humanista está sendo substituída por uma formação tecnicista e voltada à finalidade do lucro. Esta *crise* evidencia um intenso ataque aos processos educativos democráticos.

A crítica frente à formação tecnicista não se trata de negar a ciência e a formação técnico-científica, afinal são movimentos importantes para o desenvolvimento de qualquer nação. Trata-se, apenas, de evidenciar que a ciência só se torna emancipadora quando está associada a processos de diálogo e cooperação, características estas que, no atual modelo, vão

à contramão de uma formação que dá conta dos problemas que assolam a humanidade (DALBOSCO, 2015, p. 124).

A discussão do resgate das humanidades para garantia de uma vida permeada pela democracia não elimina as questões técnicas e científicas, mas reafirma que a educação deve estar a serviço de:

[...] recuperar essa harmonia fundamental que não destrói, que não explora, que não abusa, que não pretende dominar o mundo natural, mas que deseja conhecê-lo na aceitação e respeito para que o bem-estar humano se dê no bem-estar da natureza em que se vive. Para isso é preciso aprender a olhar e escutar sem medo de deixar de ser, sem medo de deixar o outro ser em harmonia, sem submissão (MATURANA, 2002, p. 34).

À medida que os propósitos individuais e coletivos dos estudantes adentram um contexto educativo voltado para o mercado e para a competição, eles fazem de sua vida estudantil um processo de preparação para participar de um âmbito de interações que se define pela negação do outro, sob o discurso positivo: mercado da livre e sadia competição. A competição não é, nem pode ser sadia, porque se constitui na negação do outro. A competição sadia não existe. A competição é um fenômeno cultural e humano, não constitutivo do biológico. Como fenômeno humano, a competição se constitui na negação do outro (MATURANA, 2002, p. 11).

Considerando o contexto da *crise silenciosa*, torna-se necessário entender do que se trata, realmente, o espírito das humanidades, para que o fortalecimento mundial da democracia se materialize em estratégias e ações que carreguem seus princípios. Para Nussbaum (2015), o raciocínio crítico, as ideias ousadas, a compreensão empática das diferentes experiências humanas e a compreensão da complexidade do mundo em que vivemos, tornam-se essenciais para a retomada dessa dimensão e materializam-se em três principais pilares: o pensamento crítico, a cidadania universal e a capacidade imaginativa.

Nesse cenário, vivemos uma experiência de disputas no contexto educacional que se distancia de valores democráticos e que, na sua estruturação, não consegue imaginar o outro dotado de capacidades de pensar e de sentir, construindo, assim, um modelo de desenvolvimento onde não há ligação possível entre os sujeitos e o mundo.

Na tentativa de resgatar a construção de experiências mais ricas da vida humana, é necessário refletir sobre aquilo que Nussbaum (2015, p. 26) aponta como *competências estruturantes* que precisam ser desenvolvidas para se viver experiências carregadas de

significado e transformações no campo educacional. Essas competências estão ligadas às humanidades, como:

- a) Capacidade de raciocinar a respeito de temas políticos que afetem a nação, de examinar, refletir, argumentar e debater, não se submetendo nem à tradição, nem à autoridade.
- b) Capacidade de reconhecer seus concidadãos como pessoas com direitos iguais, mesmo que difiram quanto a raça, religião, gênero e orientação sexual: olhá-los com respeito, como fins, não apenas como ferramentas a serem manipuladas em proveito próprio.
- c) Capacidade de se preocupar com a vida dos outros, de compreender o que as diferentes políticas significam para as oportunidades e experiências dos diferentes concidadãos e para as pessoas que não pertencem a seu próprio país.
- d) Capacidade de conceber cabalmente diversos assuntos complexos que afetam a história da vida humana em seu desenvolvimento: refletir acerca da infância, da adolescência, das relações familiares, da doença, da morte e muito mais, de forma que se caracterize pela compreensão de um amplo conjunto de histórias humanas, não apenas reunião de informações.
- e) Capacidade de julgar criticamente os líderes políticos, mas com uma compreensão fundamentada e realista das possibilidades que eles dispõem
- f) Capacidade de pensar no bem da nação em sua totalidade, não somente no bem de seu próprio grupo local.
- g) Por sua vez, capacidade de perceber seu próprio país como parte de um mundo complexo em que diferentes assuntos exigem uma discussão transnacional inteligente sejam solucionados.

Para a autora, a educação mais adequada para as novas gerações é aquela que as prepara para o convívio em sociedades plurais, diversas no que se refere aos modos de ser e estar no mundo. Essa crise evidencia, portanto, que estamos nos esquecendo da alma, daquilo que é essencialmente necessário para ligar as pessoas com o mundo. Estamos nos esquecendo do que significa aproximar-se de outra pessoa como uma alma, ao invés vê-la e senti-la como um simples instrumento útil ou um obstáculo aos seus próprios projetos. Estamos deixando para trás as inúmeras possibilidades de dialogar e construir relações como alguém que possui alma, com outra pessoa que consideramos igualmente profunda e complexa (NUSSBAUM, 2015, p. 16).

Ao reconhecer o abismo que uma educação voltada para o mercado promove, Nussbaum (2015) evidencia em seus estudos alguns pontos nevrálgicos que versam sobre os sujeitos e suas

relações com o mundo. As experiências formativas tendem a se constituir sem foco e objetivos, quando não se consegue entender o papel dos sujeitos no processo educacional, bem como não se criam estratégias pedagógicas que auxiliem e capacitem os sujeitos a problematizar situações complexas. A influência desse cenário formativo sem autoexame constitui uma cultura de desrespeito e individualismo, onde os sujeitos voltam-se apenas para questões centradas em si e, com isso, não exercitam o diálogo e a construção de uma perspectiva comum no convívio em sociedade.

A experimentação e o exercício de uma vida examinada, materializado naquilo que a autora define como pedagogia socrática - uma experiência que resgata a dimensão da construção crítica do pensamento -, apresenta-se como uma possibilidade de fazer frente à invasão destas lógicas. Fazendo uma interpretação de Nussbaum (2015), Mühl e Kohls (2019, p. 866) argumentam que a perspectiva socrática nada mais é do que o exercício da competência argumentativa do indivíduo de defender suas posições nos debates públicos. Portanto, a capacidade de argumentação é a condição necessária para que o indivíduo possa participar de processos de decisão, decorrendo, essa capacidade, do exame da vida de cada cidadão.

Outro tensionamento diz respeito à possibilidade de os sujeitos capturados por esse contexto tornarem-se facilmente influenciados por outras pessoas, seja pela pressão dos pares, refletido no sentimento de pertencimento dos sujeitos a comunidades, ou pela situação de agir sem pensar, fruto de uma vida educacional distanciada da perspectiva socrática. Os dois movimentos precarizam as experiências formativas, tornando-as superficiais e sem conexão com a realidade.

O desenvolvimento dessa compreensão é um elemento fundamental dos principais conceitos recentes sobre educação democrática. O exercício dessas capacidades passa pela família, mas também pelas instituições educacionais, que através de currículos permeados pelas artes e humanidades, estimulam e aprimoram a capacidade de perceber o mundo através do olhar de outra pessoa (NUSSBAUM, 2015, p. 96).

## **1.2 Saúde como um direito: 30 anos de política pública e resistências**

Com um arcabouço de documentos que não nos deixam esquecer para o que o SUS veio e a quem ele serve, a política pública de saúde brasileira carrega uma história de 30 anos marcada por muitas lutas, conquistas, desafios, ataques e desmontes. Carregando valores como

igualdade, democracia e emancipação, o SUS está inserido na Constituição de 88, na legislação ordinária e em normas técnicas e administrativas (PAIM, 2018, p. 1724).

Para a constituição do SUS enquanto sistema, o Movimento de Reforma Sanitária Brasileira foi extremamente importante. O movimento da reforma sanitária brasileira trabalhou com algumas ideias fundamentais para construção de uma política pautada nos valores da cidadania:

[...] um modelo de democracia com base na defesa da igualdade (universalidade, equidade), a garantia da saúde como direito individual ao lado da construção do poder local fortalecido pela gestão social democrática; a reconceitualização da saúde, naquele momento com o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença e uma perspectiva de atenção integral às necessidades de saúde da população; a crítica às práticas hegemônicas de saúde com a proposição de uma nova divisão do trabalho em saúde, com a valorização do trabalho em equipe e incluindo um papel ativo do usuário na construção da saúde (FEUERWERKER, 2014, p. 70).

Com referências nos modelos dos sistemas públicos de países europeus, a participação social foi colocada como diretriz constitucional do SUS, apresentando-se oficialmente na forma dos Conselhos de Saúde deliberativos nas três esferas de governo. Tais avanços dos anos 1980 foram ratificados e impulsionados com as Leis 8080 e 8142/1990 (SANTOS, 2018, p. 1730).

Diversos atores e entidades fizeram parte desse processo de conquista do SUS como direito. Os movimentos sociais, as instituições de ensino, as organizações sociais e também as “engenharias político-institucionais” tiveram papéis extremamente importantes na construção de estratégias para garantir a operacionalização dos seus princípios. Conquistas expressivas no âmbito da saúde mental, na atenção básica, nos serviços de atenção às urgências e emergências, na vigilância em saúde, na assistência farmacêutica, foram avanços gigantes que trouxeram inúmeros benefícios à população brasileira (SANTOS, 2018, p. 1731).

Entretanto, muitos estudos apontam haver em vigor, na operacionalização deste sistema, outra política de saúde. Política essa que subverte os princípios descritos na constituição e vem anunciando um retrocesso no que se refere a vida de um sistema de saúde universal e gratuito, devido à corrosão de sua proposta inicial pela lógica de mercado. Neste aspecto, existem uma série de evidências sobre a superioridade, em efetividade e eficiência, dos sistemas públicos e universais de saúde quando comparados com modelos de mercado. Nestes há custos excessivos, desigualdade no cuidado, fragmentação de direitos, políticas de saúde focais e com acesso definido não por necessidades de saúde, mas por regras de previdência e capacidade de compra (CAMPOS, 2018b, p. 1708).

No Brasil, 54% do gasto em saúde acontece no setor privado, que atende a apenas 25% da população. O SUS, exclusivamente responsável pelo atendimento em saúde de 75% da

população, além de realizar serviços voltados para toda a sociedade, como vigilância em saúde, conta com apenas 46% dos recursos. Seria inviável, financeira e socialmente, estender a política centrada no mercado e em seguros privados para todo o povo. Em relatório de 2017, o Banco Mundial leva a entender que o Brasil teria gasto excessivo em saúde (9,3% do PIB), sem, entretanto, assinalar que a maior parcela desse recurso se destina aos estratos mais ricos da população (CAMPOS, 2018b).

Corroborando os dados apresentados acima, Santos (2018, p. 1733) aponta que os quinze sistemas públicos de saúde mais bem estruturados do mundo são defendidos pela sociedade e pelo Estado, apesar de, também, serem fortemente atacados pelo mercado neoliberal de saúde.

Para Campos (2018b, p. 1708), o sistema único de saúde que está se consolidando fica

[...] cada vez mais parecido com as precárias condições de existência dos 70% da população brasileira que o utiliza regularmente. No SUS, como nos bairros periféricos, há descuido com ambiência, com a eficiência da gestão pública e, o mais grave, com as pessoas que usam e trabalham no sistema. O SUS vem se transformando, gradualmente, em mais um espaço dominado pela racionalidade da velha e tradicional promiscuidade da política brasileira. Em síntese, o SUS vem conformando uma ética, uma estética e um padrão de funcionamento em correspondência com o modo de vida da maioria; em muitos aspectos e situações.

Portanto, é necessário dizer que o SUS se mantém, hoje, como uma política pública pautada por princípios democráticos, mas que, assim como a educação, tem sido atacada por lógicas mercadológicas. Essas esvaziam não só a sua capacidade de atendimento e garantia de acesso, mas também os modelos de cuidado que se estabelecem nessa prática intercessora que é o cuidado em saúde. Os desvios enfrentados pelo sistema de saúde brasileiro, estão vinculados não só ao fluxo de recursos públicos e a outras prioridades de Estado, mas também à construção subliminar de outro modelo de atenção à saúde. O subfinanciamento faz parte da construção, em etapa avançada, de um arranjo público-privado à brasileira das diretivas neoliberais denominadas “cobertura universal” com segmentação social e financiamento público (SANTOS, 2018, p. 1733-1735).

Assim como a educação, o SUS que foi pensado no movimento da Reforma Sanitária foi se constituindo atravessado por forças, uma delas a lógica neoliberal que tem como base a racionalidade econômica. Nele, a concorrência é um princípio de formalização: tem sua lógica interna e sua estrutura própria. Só funciona quando essa lógica é respeitada. Essa lógica não é natural, precisa ser preparada, produzida por processos de governabilidade ativa, inaugurando modos de produzir relações, atacando aquilo que o SUS da Reforma tinha de mais potente, um

coletivo fortalecido, movimento social sanitário, organizado e militante (FEUERWERKER, 2014, p. 77).

A falta de prioridade ao SUS e os ataques visando ao seu desmonte foram reforçados pela crise econômica, pelas políticas de austeridade fiscal e, especialmente, pela Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016) que congelou o orçamento público durante vinte anos (PAIM, 2018, p. 1724).

Sendo o SUS, um sistema de saúde repleto de desvios, ele também acaba se tornando um dos fatores responsáveis pelo nosso quadro de desigualdades sociais, advindo daí a noção de que esse setor (com a educação) merece investimentos prioritários por parte do Estado. Essas debilidades enfrentadas pelo sistema caminham de forma contrária aos princípios que a fez nascer como política, desvinculando-se de práticas de cuidado e acesso em saúde que propiciem a cidadania inclusiva e igualitária (SOUZA, 2017, p. 305).

Ao nos perguntarmos: o que sustenta uma política pública sem esta ser invadida por lógicas tecnicistas e mercadológicas, que nos coloquem distantes da vida permeada por valores democráticos? As estratégias apresentadas nos estudos que analisam a história dos 30 anos dessa política, enfatizam serem múltiplos os fatores que devem ser analisados e investidos para resistir a esse cenário. Mas, segundo a análise de Gastão Wagner (2018, p. 1706):

[...] a principal seria a constituição de uma cultura diferente daquela que prevalece no mercado. Portanto: uma cultura que considera o desenvolvimento humano tão ou mais importante do que o crescimento econômico. Nesse sentido, o conceito de efetividade, para a perspectiva pública, deverá considerar também a inclusão social como um dos indicadores para compor a noção de que a política, os gastos públicos e a prestação de serviço têm impacto sobre o bem-estar. Igualmente, o conceito de eficiência não poderá ser calculado sem contabilizar a exclusão de pessoas em cuidado decorrente de supostas medidas “racionalizadoras” sugeridas pelo economicismo.

As alternativas a serem construídas não são definidas no âmbito da técnica, reiterando-se a tese de que o maior desafio do SUS é político. Desse modo, para além das ações que podem ser realizadas no interior da sociedade civil, há que se reconhecer a necessidade de atuação na sociedade política, ou seja, no Estado e nos seus aparelhos e instituições. Isso significa a possibilidade de atuar junto aos poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, bem como nos aparelhos de hegemonia (PAIM, 2018, p. 1726).

Como o exercício de movimentar-se e colocar-se no enfrentamento desses ataques e golpes sofridos, os pesquisadores da área entendem que não é plausível a extinção do SUS. Além da força relativa dos seus defensores e militantes, existe um conjunto de interesses vinculados ao capital, ao próprio Estado e às classes dominantes que apontam para a sua

manutenção, seja como meio de legitimação ou cooptação, seja como lócus de acumulação, circulação e expansão do capital. As articulações entre o setor público e privado possibilitaram, em certa medida, o fortalecimento econômico e político das empresas privadas em detrimento do interesse público e independente da Constituição e das leis (PAIM, 2018, p. 1727).

No caso da aprendizagem da saúde, trata-se de superar a lógica de que o trabalho apenas está aberto à aplicação da ciência e da técnica, senão que produz conhecimentos e tecnologias no cotidiano. Nos últimos anos, a aprendizagem da saúde precisou ocupar-se de um leque maior de conhecimentos, seja na atenção à saúde, na gestão setorial, na participação e no ensino (CECCIM; FEUERWERKER, 2004 apud FERLA et al., 2020a).



## 2 FORMAÇÃO EM SAÚDE

O cotidiano só é real quando nele existem vidas  
 Ele precisa do toque  
 Cheiros  
 Afetos  
 De boas misturas  
 De rompimentos e de novos diálogos

Precisa de horizontalidade  
 De comunicação  
 De responsabilidade  
 E muito desejo

Ele é escrita? É  
 Ele é pesquisa? É

E se torna experiência quando jogamos o corpo no mundo  
 Quando a imersão de uma vida que não é só a minha  
 Me afeta, me constrói, me faz aprender

Viver o cotidiano é viver uma formação viva em ato!

E sinceramente... a educação de nada serve se não, pra fazer  
 das relações, possibilidade de reinvenção!



Vivenciei experiências marcantes durante a minha trajetória formativa que dizem muito sobre a escolha de pesquisar o tema da formação em saúde, bem como sobre a reorganização que me propus a fazer no tema, desde que ingressei no programa de mestrado, considerando a relevância contexto de pandemia. Essas experiências vivenciadas por mim, enquanto acadêmica e profissional da saúde, também mobilizaram afetos e possibilitaram encontros. Ao traçar um itinerário formativo que me permitiu experimentar diferentes estratégias que compõem o rol de ações para a reorientação da formação em saúde, reconheço transformações significativas nos modos de aprender e me perceber como profissional, bem como nas maneiras de exercer meu trabalho como psicóloga no campo da saúde coletiva. O tema da reorientação da formação possibilita conduzir um olhar diverso e plural, já que esse tema carrega diferentes movimentos de ressignificação daquilo que está instituído.

A partir dessas manifestações que tornam esta uma pesquisa-desejo, encontramos, também na trajetória da construção das políticas públicas de educação e saúde, elementos que justificam a pertinência e relevância de seguirmos analisando de forma contundente as estratégias implementadas para efetivação das mudanças necessárias ao contexto da saúde.

Talvez seja pretensão demais querer iniciar a discussão sobre a formação em saúde a partir de minhas próprias experiências. Entretanto, o que marca nosso aprendizado são as experiências carregadas de sentido. Em nosso imaginário, estamos habituados a visualizar a produção de saúde entre quatro paredes, solitários, separados por uma mesa, que nos coloca num distanciamento onde repassamos o que aprendemos com a profissão e outro recebe essas informações e “tem o dever de fazer algo com elas”.

Entretanto, durante minha formação, as experiências vivenciadas sempre romperam com esse modelo de cuidado, me colocando em situações em que precisei inverter as lógicas, fosse pelo atendimento interdisciplinar experimentado pela primeira vez em um projeto de extensão, pelos encontros em grupo nas escolas e unidades de saúde que produziam o inusitado, pelo usuário atendido que fazia uso de drogas e não conseguia parar quieto na sala (com 4 paredes) da psicologia e teve que ser atendido ao ar livre (capinando uma horta), pela tentativa de suicídio que mobilizou uma equipe inteira da atenção básica ou pelos inúmeros desafios que o trabalho em equipe exigia quando fui residente.

Hoje afirmo que quem me ensinou a entender o cuidado como *prática intercessora* (MERHY, 2013) foi a experiência. Foi o encontro com o outro vivo em ato, foi o exercício de desterritorializar os saberes instituídos através deste encontro. Com essa breve narrativa, que aponta experiências afetivas mobilizadoras da pesquisa, inicio as reflexões acerca da trajetória dos movimentos de reorientação da formação em saúde. Considerando sua dimensão epistemológica, política e metodológica com o intuito de construir um arcabouço teórico e documental que permitirá compreender, no próximo capítulo, os impactos e reflexos deste momento de pandemia na formação dos profissionais de saúde.

## 2.1 Reorientação da formação em saúde

Quando uma experiência dá frutos...  
 Quando vamos pro território cuidar das pessoas  
 A gente também é cuidado  
 Quando a gente se propõe a estar junto  
 O sentido é de comunidade  
 Quando a experiência é construída de forma coletiva  
 Ela dá frutos  
 E quando a gente vê  
 Ela vai brotando por tudo  
 O inusitado é nosso ponto de partida  
 E o aprendizado é onde a vida acontece  
 Marina Pitagoras Lazaretto  
 25.11.2020



A formação profissional para a área da saúde está ancorada na atuação em duas políticas setoriais, a Educação e a Saúde que, por conseguinte, envolvem as Instituições de Ensino Superior (IES), os ministérios e os sistemas locais do SUS. Essa estrutura intersetorial aponta inúmeros desafios ao considerar as lógicas e forças que atuam sobre a consolidação das mesmas, para que seja possível garanti-las, já que são direitos constitucionais.

Desde o movimento da Reforma Sanitária, o discurso da reorientação das formações em saúde já ecoava entre as instituições, movimentos sociais e escolas, pois se entendia que deveriam se instituir conexões bem estruturadas entre os princípios norteadores do sistema que se propunha construir, com a formação dos profissionais que tinham grande parcela de contribuição da sua implementação (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013, p. 37).

Muitos são os desafios que o Sistema de Saúde enfrenta, na tentativa de garantir atendimentos humanizados, práticas e concepções de promoção à saúde, bem como a integralidade na formação e no cuidado. No que compete à dimensão da formação, González e Almeida (2010b) enfatizam como principais desafios na academia: uma gestão não comprometida, a atenção básica como cenário de prática marginal, o despreparo dos professores frente ao novo enfoque de aprendizagem, a difícil relação entre as diferentes profissões e a resistência dos estudantes em relação ao contato com a comunidade. Já, nos serviços de saúde, destacam a resistência dos profissionais às mudanças em processo, que a formação de profissionais não faz parte da agenda de trabalho, o acréscimo de mais uma função, o ensino -

sem receber por isso -, a estrutura física inadequada para acolher os estudantes, a resistência da população à presença do estudante no serviço, etc.

Esses movimentos propuseram encontros e apresentaram desafios, procurando tornar possível, de diversas maneiras, a aproximação da formação às necessidades sociais de saúde e o rompimento com o modelo biomédico<sup>2</sup>. Nesse percurso considerava-se necessário superar históricas dicotomias, tais como entre cuidados individuais/coletivos; atividades curativo-preventivas; especialistas/ generalistas; unidades básicas/hospitais, abrindo caminho para a produção de uma nova formulação, que propiciasse a integralidade das práticas de saúde e o compromisso com a defesa da vida (FEUERWERKER, 2014, p. 145).

É importante resgatar um dos principais documentos que impulsionou o movimento de reorientação da formação em saúde. A partir da Conferência de Alma Ata (1978), a perspectiva da atenção primária à saúde integrou a agenda de mudanças necessárias à formação. No Brasil, o movimento da Reforma Sanitária, que envolveu a atuação de diferentes lugares como a universidade, os sindicatos de profissionais de saúde, os movimentos populares e o Congresso Nacional, contribuiu tanto na construção de uma proposta de viabilizar a saúde, como um bem comum e direito de todos os cidadãos, também auxiliou o debate em torno das concepções que iriam orientar as formações dos profissionais da saúde (FLEURY, 2009, p. 748).

Com isso, nos fóruns de debate sobre formação em saúde no Brasil, incorporou-se a ideia de construir, durante a graduação, uma sólida e contextualizada formação geral, que proporcionasse aos futuros profissionais conexões com as principais demandas e necessidades da população.

Portanto, um dos marcos centrais da garantia legal dessas discussões foi a constituição de 1988, que deu ainda mais consistência ao processo de reorientação da formação, pois colocou o SUS como a principal estratégia para orientar o perfil da formação dos profissionais de saúde (BRASIL, [2021]).

Em 1991 foi realizado, através da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), um levantamento sobre o perfil das Escolas Médicas, que percebeu um distanciamento entre a formação dos profissionais e as demandas da população. Essa análise também evidenciou que o ensino precisava ser reinventado, saindo da lógica de

---

<sup>2</sup> O modelo biomédico vê o corpo humano como uma máquina muito complexa, com partes que se inter-relacionam, obedecendo as leis natural e psicologicamente perfeitas. O modelo biomédico pressupõe que a máquina complexa (o corpo) precise constantemente de inspeção por parte de um especialista. Assume-se, assim, de modo implícito, que alguma coisa, inevitavelmente, não estará bem dentro dessa complexa máquina. Não fosse por isto, por que as inspeções constantes? O modelo biomédico não vê o corpo como uma máquina perfeita, mas como uma máquina que tem, ou terá, problemas, que só especialistas podem constatar (KOIFMAN, 2001, p. 54).

transmissão de conhecimento e da superespecialização dos profissionais (GONZÁLEZ; ALMEIDA, 2010a).

A partir daí as instituições de ensino, em conjunto com os atores sociais que estavam fortemente ligados à retomada da democracia no país, foram convocadas a construir estratégias para regulamentar esses movimentos tão necessários e urgentes nas formações em saúde.

Os movimentos interinstitucionais para a formação profissional na área da saúde intensificam-se na primeira década do século XX, onde se destaca a implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para a área da saúde, a partir de Resoluções do Conselho Nacional de Educação (CNE), em 2001. Saúde e Educação, portanto, tiveram que reorganizar as lógicas de implementação de suas políticas e programas, com intuito de atender os desafios da contemporaneidade na produção de saberes e práticas profissionais (MONTANARI, 2018, p. 982).

As novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) valem para as 14 profissões da Saúde, tendo como objetivo oferecer orientações para uma formação que qualifica o cuidado da assistência à saúde, contemplando os princípios do SUS, envolvendo aspectos políticos, institucionais, culturais e educacionais. As DCNs constituem documentos orientadores para a elaboração dos projetos político-pedagógicos e apontam uma proposta de reorganização da formação em saúde, como demonstra o texto publicado pelo MEC:

[...] o projeto político-pedagógico seja construído coletivamente; a interdisciplinaridade conforme o processo ensino-aprendizagem; haja valorização das dimensões éticas e humanísticas; a inserção de professores e estudantes nos serviços existentes nas respectivas localidades fortaleça a parceria ensino-serviço; haja diversificação de cenários; a gestão desenvolva um sistema de corresponsabilização, de avaliação e acompanhamento livre de medos; e a seleção dos conteúdos seja orientada às necessidades sociais (COSTA et. al, p. 1183).

Destaca-se que as diretrizes pretendiam - e pretendem ainda -, estruturar estratégias formativas que deem conta de enviar ao mundo do trabalho profissionais críticos, capazes de aprender a aprender, de trabalhar em equipe, considerando a realidade social para prestar atenção humana e de qualidade. Com elas, ainda se pretende que as instituições de ensino superior estejam abertas às demandas sociais e consigam conhecimento relevante e útil para a construção do sistema de saúde. Há uma aposta de transformar o modelo de atenção, fortalecendo promoção e prevenção, oferecendo atenção integral e fortalecendo a autonomia dos sujeitos na produção da saúde (FEUERWERKER, 2005, p. 490).

Em consonância com essas novas diretrizes, um conjunto de programas e projetos que articulam as políticas de Educação e Saúde foram se constituindo. Programas como os de

Interiorização do Trabalho em Saúde (Pits), de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (Promed), de Capacitação e Formação em Saúde da Família, de Profissionalização dos Trabalhadores da Área da Enfermagem (Profae), de Aperfeiçoamento ou Especialização de Equipes Gestoras, de Formação de Conselheiros de Saúde, Programa de Educação pelo trabalho (PET), Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), Contratos Organizativos de Ação Pública Ensino-Saúde (COAPES) entre outros, caminharam nessa direção e possibilitaram a mobilização de pessoas e instituições, no sentido de uma aproximação entre instituições formadoras, ações e serviços do SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 44).

Os programas e projetos desenvolvidos pelos ministérios, suas secretarias e departamentos — com destaque a SGTES<sup>3</sup> — induzem de forma muito clara a materialização da estratégia denominada integração ensino-serviço. Tal estratégia é entendida como:

[...] o trabalho coletivo, pactuado e integrado de estudantes e professores dos cursos de formação na área da saúde com trabalhadores que compõem as equipes dos serviços de saúde, incluindo-se os gestores, visando à qualidade de atenção à saúde individual e coletiva, à qualidade da formação profissional e ao desenvolvimento/satisfação dos trabalhadores dos serviços. (ALBUQUERQUE et al., 2008, p. 357).

Nesse contexto, há a convocação destes atores (professores, estudantes, trabalhadores e gestores) em assumir uma postura de protagonismo na produção de novos modos de aprender, cuidar e construir conhecimento. Além de estimular o apoio mútuo, essa estratégia tem se mostrado como uma postura potente que, na horizontalidade e diversidade de cenários, instituiu redes produzindo aproximações e movimentos de produção de comum (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013, p. 45).

O ensino, articulado com os serviços de saúde e com o trabalho, carrega consigo o exercício de práticas baseadas na colaboração e que, portanto, atravessa as rotinas clínicas, qualificando e otimizando serviços, além de fortalecer o sistema de saúde. Essa reflexão sobre o trabalho colaborativo do conjunto de profissões integradas no espaço de ofício estimulam as intervenções políticas que acompanham a necessidade de formar os profissionais de saúde em

---

<sup>3</sup> Criada em 2003, por meio do Decreto nº 4.726, de 9 de junho de 2003, na estrutura regimental do Ministério da Saúde, como uma das cinco Secretarias finalísticas incumbidas da formulação e implementação da política nacional de saúde. A SGTES tem como missão desenvolver políticas e programas que busquem assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, impondo à função da formação e da gestão do trabalho, a responsabilidade pela qualificação dos trabalhadores e pela organização do trabalho em saúde, constituindo novos perfis profissionais com condições de responder à realidade da saúde da população e às necessidades do SUS (HADDAD, 2011, p. 1804).

campo, já nos cenários de trabalho, sendo a política de educação permanente um reflexo concreto desses movimentos (PADILLA, 2020).

Com essa estratégia traçada, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde em 2003, mostrou-se como uma ferramenta central para consolidação dessa postura, tendo como um dos seus principais eixos “apoiar as estratégias e ações que visem à interação entre a formação de profissionais e a construção da organização da atenção à saúde, em consonância com os princípios e as diretrizes do SUS e desta Política” (BRASIL, 2003, p. 1).

A Educação Permanente em Saúde é conceituada por Ceccim (2005, p. 161) como:

[...] um processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano, demonstrando o caráter de porosidade existente nas relações de formação que se estabelecem no serviço, além de suas inúmeras possibilidades de produção de interlocuções afetivas, autogestionadas, críticas e experienciais.

Assim, a aprendizagem da saúde precisou ocupar-se de uma ampliação do seu rol de conhecimentos, incluindo as áreas de atenção à saúde, gestão setorial, participação social e no próprio ensino, com objetivo de dar conta dessa diversidade de cenários de atuação e tentar equilibrar a participação dos diferentes atores nesse contexto.

Nesse sentido, o conceito de quadrilátero da formação em saúde surge para complementar o rol de estratégias para a efetivação de tais diretrizes, em especial a integração ensino-serviço. Carregado de diferentes faces, há uma intencionalidade pedagógica nesta proposta, uma imagem de futuro, uma luta política e uma trama de conexões. Cada interseção resulta em trajetos formativos postos em ato (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 47).

A imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde propõe, então, a construção e a organização de uma formação responsável por:

[...] processos interativos e de ação na realidade para operar mudanças (desejo de futuro), mobilizar caminhos (negociar e pactuar processos), convocar protagonismos (pedagogia in acto) e detectar a paisagem interativa e móvel de indivíduos, coletivos e instituições, como cenário de conhecimentos e invenções (cartografia permanente). No quadrilátero estão aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais, operando em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e contextualizados (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 59).

Esse modelo surgiu como uma tentativa de colocar a rede de atenção à saúde e seus diferentes componentes a ordenar a formação, extrapolando a relação ensino-serviço e, trazendo

para a cena dos contextos de formação, a dimensão da participação social e da gestão tecno-assistencial da saúde como dispositivos potentes para a problematização do cotidiano de trabalho na saúde. Essa nova leitura propõe que a formação dos profissionais de saúde tenha um projeto que perpassasse aspectos estruturantes de relações e de práticas em todos os componentes de interesse ou relevância social que contribuam para o aumento da qualidade de saúde da população (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 42).

Caminhando em conjunto com essa estratégia, cabe destacar o conceito de integralidade, não só por ser um princípio do SUS, mas por demarcar tanto um modo de garantir e práticas de cuidado quanto uma ação fim da articulação dos segmentos do quadrilátero.

A integralidade, segundo Ferla e Toassi (2017, p. 7) é:

Uma característica desejável das práticas de saúde, gerando contrastes relevantes com aquelas vigentes, envolvendo a formação e a organização do trabalho no interior dos sistemas de saúde. Esse conjunto de atributos também representa a diretriz menos visível na trajetória do sistema de saúde brasileiro e das práticas, considerando os avanços na expansão do acesso e capilarização dos serviços, com a implementação do SUS e, em particular, com o desenvolvimento da Atenção Básica.

Esse horizonte, que se reafirma na intencionalidade de pensar os fins das práticas de cuidado, é essencial para a superação dos desafios da formação e das práticas tradicionais de saúde, trazendo em cena elementos como o acolhimento, o vínculo, a responsabilização dos profissionais com os problemas de saúde sob seu cuidado. Isso tudo para o desenvolvimento da autonomia dos usuários e resolutividade da atenção. A integralidade da atenção envolve a compreensão da noção de ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar e a ação intersetorial (MERHY; ONOCKO, 1997; CECÍLIO, 1994 apud CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

Assim, aquelas experiências cujas propostas educacionais buscam superar as fragmentações entre teoria e prática podem ser consideradas inovadoras, a desarticulação entre disciplinas, a descontextualização de saberes, o predomínio do uso de metodologias passivas de ensino-aprendizagem, o privilégio da memorização em detrimento do raciocínio e a abordagem atomística de competência, sendo essa proposta, possível de acontecer através da experiência (COSTA et al., 2018).

Para tanto, cabe destacar que a formação pautada na experiência não é algo simples, ela é complexa, laboriosa, além de estar submetida a abalos, perturbações, sustos, estranhamentos e surpresas. Essa experiência que envolve o corpo a corpo com o campo é ousada, mobiliza e



dá trabalho. Ela requer a formação de uma rede de agenciamentos entre professores e alunos que auxilia na sustentação e na continuidade do processo (KASTRUP, 2013).

Ainda sobre as experiências de formação, Kastrup (2013) pontua que o mergulho na experiência nesse campo é uma maneira ousada e pouco comum para compor o aprendizado nas formações em saúde. O mergulho na experiência, segundo a autora, é possibilitado pelos encontros com os pacientes no contexto social e econômico em que vivem, inseridos em seus territórios existenciais, com suas redes sociais, conexões afetivas, seus modos de existência.

Essa discussão torna-se, portanto, uma necessidade e um desafio para a inovação e transformação da formação existente nos cursos da saúde e de seu impacto na mudança dos futuros profissionais, das práticas e dos serviços de saúde na perspectiva da integralidade da atenção à saúde da população. Com essas concepções balizando a renovação e a reorientação da formação, o conceito de educação interprofissional ganha força e compõe a principal estratégia pedagógica para garantir a formação de profissionais de saúde.

Com a principal tarefa de formar para o trabalho em equipe, a educação interprofissional consiste na inversão da lógica tradicional da formação em saúde, abrindo espaços para a discussão do interprofissionalismo e o comprometimento com uma formação em sua direção, nos quais o trabalho em equipe, a discussão de papéis profissionais, o compromisso na solução de problemas e a negociação na tomada de decisão são características marcantes (BARR, 2005 apud BATISTA, 2012, p. 26).

Esse desafio passa pela integralidade e vem, portanto, induzir - ainda mais - a integração entre os sistemas de saúde e de educação, para se manterem fortalecidas os princípios do sistema único de saúde, bem como, sejam reconhecidas estratégias pautadas no trabalho coletivo e conectado com a vida das pessoas como elementos centrais na formação dos diferentes núcleos profissionais.

Como apontam Feuerwerker e Capozzolo (2013), os processos mais inovadores que se apresentam para reorganizar a formação em saúde investem em relações mais democráticas, utilizando-se de espaços coletivos de encontro e de modos de decisão mais compartilhados. Portanto, a reinvenção da formação em saúde para a garantia de princípios democráticos dar-se-á através de um constante processo de fazer emergir nos encontros entre os diferentes sujeitos do mundo a perspectiva de rede, da clínica comum e momentos de abertura para o exercício de uma prática profissional compartilhada e desterritorializante, no sentido de possibilitar que os afetos possam aparecer e problematizar os saberes já instituídos.

O contexto atual das práticas de saúde e dos contextos formativos em saúde como práticas sociais vem se constituindo pela ordem capitalista, atravessada pela lógica de uma

formação que exclui e fortalece a fragmentação do cuidado e dos saberes, enaltecendo o biologicismo e a ciência técnica descolada das demandas da sociedade.

Sendo assim, questiona-se qual estratégia é possível, enquanto instituições e cidadãos, de fazer resistência a este cenário de *crise permanente*, evidenciado no contexto educacional? Além disso, considerando que esse trajeto nos leva a dismantelar toda e qualquer possibilidade de construção de uma política educacional democrática, como resgatar a alma dos processos formativos, para que carreguem a possibilidade de abrir a mente e ligar as pessoas a todas as possibilidades de existência no mundo, de modo rico, sutil e complexo? (NUSSBAUM, 2015).

A partir desse contexto e dos desafios a serem enfrentados, podemos dizer que as graduações em saúde, especialmente, têm sido poderosas máquinas de produção de subjetividades sujeitadas, ou seja, do ponto de vista ético-político, os estudantes estão saindo das IES mais empobrecidos do que entraram, perdendo a porosidade para o mundo e a defesa da vida, deixando de ser importante na sua produção no mundo (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013).

Nesse sentido, esses desafios evidenciam uma certa urgência de pensar as práticas de cuidado em saúde e suas respectivas formações como práticas intercessoras, espaços potentes para transformar o encontro formativo e de cuidado em um processo desterritorializante, de reorganização dos saberes instituídos pela ação do acontecimento micropolítico. O desafio proposto é deixar os afetos emergirem nesse encontro e, com isso, criar estratégias pedagógicas que sejam inovadoras frente ao modelo de transferência de conhecimento (MERHY, 2013).

## 2.2 A produção de cuidado vivo em ato: a concepção de saúde a partir das tecnologias de cuidado

As ciências positivaram!!!!

Positivaram para muitas doenças, entre elas a doença que ataca diretamente os afetos!

Nessa "doença", os sintomas são inúmeros

A amorosidade freiriana passa a ser ataque

O acolhimento compartilhado uma afronta

O fazer junto uma desvalorização da categoria

A clínica peripatética, ou seja, em movimento, não tem o status desejado

O comunidade é termo para referenciar aqueles coitados que precisam ter alguém como nós pra ensinar

As técnicas são desdenhadas

O olhar que cuida com afeto é neutralizado

O sujeito tem a palavra e a gente tem a salvação

Quando os sujeitos nos apresentam a subjetividade, as vezes nos achamos no direito de usar a norma

Essa doença é triste e coloca todos a mercê da ignorância

Mas quero dizer a vocês, quemuitos sujeitos no mundo, tem se dedicado a produzir antídotos, remédios, vacinas, poções mágicas para curar a doença que tem acometido tanto as ciências e seus executores!

Nessa busca, os princípios ativos não se apresentam tão caros e não exigem grandes investimentos: cuidado, desejo, estudo, afetação, encontro, coletividade, pesquisa, leitura de realidade, compromisso social... esses dão alguns dos componentes que se tem evidências, que funcionam muito bem neste caso!

Agora, além de torcer para que esse grande "medicamento" surja para salvar aqueles que adoeceram junto das ciências, precisamos garantir acesso a todos!

Eu tô disposta a trabalhar nisso e vcs???



A partir do desenvolvimento das ciências básicas positivas, nas quais a medicina se estruturou, a influência de outras questões que fugissem da lógica biológica de compreensão dos sujeitos foi abstraída e a medicina transformou-se em um saber hegemônico capaz de definir através de seu conhecimento, o que é, ou não, legítimo enquanto normal e patológico. O corpo, na percepção biológica, tornou-se o elemento central na compreensão dos processos de adoecimento das pessoas, deslegitimando todos os outros saberes e práticas em saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2016, p. 59).

Tendo em vista essa construção, esse modelo se tornou um balizador das práticas de cuidado aprendidas nas escolas de formação em saúde, deixando de lado elementos fundamentais constitutivos da produção de vida. Nesse modelo, as relações tornam-se pobres, em que os sujeitos são tomados como corpo biológico e:

O objeto da ação e que deslegitima todos os outros saberes sobre saúde, é vertical, unidirecional, como se prescindisse da ação/cooperação de quem está sendo "tratado".

Ou como se a cooperação fosse obtida automaticamente a partir da “iluminação” técnica sobre o problema e as condutas para enfrentá-lo (MERHY; FEUERWERKER, 2016, p. 59).

Na contramão desta percepção, Merhy (2013, p. 24), médico sanitário e grande referência na saúde coletiva e nos processos de reorientação da formação em saúde, compreende o cuidado como uma prática intercessora. Isso significa compreender os processos de saúde sob a ótica da micropolítica do trabalho vivo em ato e, também, dos modelos tecno-assistenciais que envolvem as redes de atenção e a produção de cuidado em saúde, a partir de operações de núcleos tecnológicos.

As primeiras contribuições que analisaram o trabalho em saúde a partir de uma concepção técnica do trabalho vieram do médico Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1994 apud MERHY; FRANCO, 2003), que apresentou os conceitos de “tecnologias materiais” para os instrumentos e “tecnologias não materiais” para o conhecimento técnico usado na produção da saúde.

Médico e professor do departamento de medicina preventiva da USP, trouxe contribuições importantes para o campo da saúde coletiva, dimensionando para o centro das discussões da Reforma Sanitária, a teoria do processo de trabalho em saúde. Nessa discussão, o autor aponta que, ao exercer o cuidado em saúde, os profissionais recorrem a tecnologias materiais e imateriais, rompendo com a ideia de que esse fazer se daria somente a partir da aplicação de uma técnica. Tal reconhecimento, portanto, fez com que se compreendesse a produção de cuidado como um processo, que se consegue responder às especificidades de cada situação, reinterpretar a ciência e articular o social concreto nas possibilidades científicas (MERHY; FEUERWERKER, 2016, p. 63).

O cuidado sob a perspectiva da composição técnica do trabalho é entendido como uma produção, que promove em seu fazer o encontro de subjetividades, com diferentes vontades, como a dos próprios trabalhadores, dos usuários, do governo instituído, dos mercados que se entrecruzam na esfera da saúde, entre outros. Essa produção, portanto, se apresenta como uma figuração definida como um trabalho “morto”, experimentado através de um processo de trabalho instrumental e por um trabalho “vivo” em ato. Esse encontro entre “trabalho morto” e “trabalho vivo”, se opera no fazer dos processos de trabalho e da formação em saúde, produzindo correlações e dizendo muito sobre como se constitui o modelo de atenção no exercício do cuidado e nas práticas formativas (MERHY; FRANCO, 2003, p. 317).

Merhy e Franco (2003) ainda discorrem sobre o uso de diferentes tecnologias no exercício da produção de cuidado em saúde, destacando aquelas que têm a ver com as relações

que se estabelecem nesse encontro intercessor. Parte-se do pressuposto que o trabalho em saúde se dá sempre a partir das relações, porque depende de “trabalho vivo” em ato, isto é, o trabalho no momento em que está sendo produzido.

Essas relações apresentam-se de duas formas: podem ser burocratizadas, onde a assistência se produz centrada no ato prescritivo, compondo um modelo baseado no saber biologicista, produtor de procedimentos. Ou, também, as relações podem se constituir como relações intercessoras, que se originam no trabalho em ato, realizado no cuidado à saúde. Assim, sob a perspectiva da composição tecnológica da produção do cuidado, compreende-se que os profissionais de saúde utilizam-se de uma caixa de ferramentas composta por diferentes tecnologias de cuidado, sendo elas divididas em três modalidades: leves, leve-duras e duras.

As leves referem-se às tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, escuta, etc. É nesse território das tecnologias leves que a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação com o “paciente” adquirem importância, evidenciando a relevância do trabalho vivo em ato. É, também, nesse território – das relações que o usuário do serviço tem mais possibilidades de ser reconhecido como protagonista, de imprimir sua marca e se afetar por aquela relação em que o usuário não tem as mesmas atitudes. As leve-duras dizem respeito aos saberes dos núcleos profissionais, que operam no processo de trabalho em saúde, que exercitam o raciocínio clínico. A dura é referente ao uso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas e estruturas organizacionais (MERHY; FEUERWERKER, 2004 apud GRABOIS, 2009).

Nesse sentido, é na forma como se combinam essas três tecnologias que se configuram as redes de atenção à saúde. Quando o uso de tecnologias leves é o fio condutor da produção de cuidado, observamos aberturas para o rompimento de saberes instituídos e a ampliação das possibilidades de compreensão do processo saúde-doença de maneira ampliada, considerando os diferentes saberes, culturas, subjetividades e modos de viver a vida. Quando as tecnologias são exploradas no âmbito da dureza, veremos, portanto, a construção de estratégias de produção de cuidado meramente tecnicistas, dificultando, assim, a garantia de cuidado integral e conectado com os problemas reais cotidianos.

Na produção de um ato de saúde sempre coexistem os vários núcleos, mas podemos dizer que o modelo assistencial que predomina em nossos serviços é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, em que se relega a dimensão cuidadora a um plano irrelevante. Podemos, também, afirmar que a ação de outros profissionais de saúde é subjugada à lógica dominante do trabalho médico, tendo todas elas seu núcleo cuidador empobrecido,

estando todas também orientadas à produção de procedimentos (FEUERWERKER; MERHY, 2016).

Assim, torna-se evidente a necessidade de discutir conceitualmente o papel da IES, dos serviços de saúde e o contexto em que atualmente eles se inserem como produtores de conhecimento e de cuidado em saúde, bem como, em que medida estão atendendo as demandas sociais. Nesse sentido, cabe ressaltar a compreensão de que a complexidade, diversidade e amplitude da produção da vida humana exigem/obrigam à formação de pessoal com qualificação para a compreensão e intervenção intersetorial e segundo estratégias de promoção da saúde como qualidade da vida (potencialidade conceitual de que a saúde seja a produção da vida no coletivo) (CECCIM; FERLA, 2008).

### **3 ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO À PANDEMIA DA COVID-19**

#### **3.1 O papel das universidades e o projeto redes de cuidados territoriais**

A pandemia mobilizou a todos, de formas diferentes, é claro. Escrever sobre um acontecimento tão marcante como a pandemia da Covid-19 é, no mínimo, um exercício profundo de desterritorialização daquilo que já se pode experimentar na vida. Isso porque o surgimento de um novo vírus denominado SARS-CoV-2, causador da doença chamada Covid-19 mudou o destino da humanidade no ano de 2020. Decretado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um problema de emergência de saúde mundial, a pandemia ganhou proporções gigantes, compulsoriamente, exigiu mudanças nos modos de andar da vida. Tais mudanças atingiram diferentes segmentos, acarretando transformações e adaptações em diferentes esferas da vida: social, política, econômica, acadêmica, etc.

A pandemia adentrou o cotidiano de vida da humanidade sem fazer distinção de classe social, raça ou idade, embora as desigualdades sociais e vulnerabilidades, a presença de comorbidades, os fatores genéticos e a idade avançada, aumentem o risco de morte entre infectados. Nesse contexto, a forma como os países foram se organizando também foi diversa, evidenciando que as compreensões sobre os modelos de desenvolvimento, a organização dos sistemas de saúde, as concepções e ideologias políticas e a cultura das comunidades influenciam profundamente para que as respostas fossem responsivas com a vida da população.

No contexto mundial da Covid-19, os trabalhadores da saúde, cientistas e especialistas de diferentes áreas relacionadas à saúde ganharam visibilidade, pois em um cenário de luta incessante pela defesa e cuidado da vida e de busca de medidas efetivas frente ao alastramento do vírus pelo mundo, foram os atores que primeiramente estiveram na linha de frente em meio às incertezas, inseguranças e produziram os primeiros protocolos frente à doença: recomendando o isolamento social rigoroso, uso de máscaras, construindo protocolos de segurança sanitária e trabalhando arduamente nas pesquisas científicas pela busca por uma vacina que protegesse a população. Esses atores foram as referências para os gestores dos diferentes países, que buscaram aliar-se a eles, no sentido de construir estratégias de enfrentamento à pandemia que produzissem respostas rápidas e eficientes.

Entretanto, no Brasil, os rumos e direcionamentos com relação à condução das estratégias de enfrentamento da pandemia foram inundadas por posturas anticientíficas do governo federal e - porque não dizer - negacionistas. A precariedade dos sistemas de saúde de cada país, fortemente influenciada pelo modelo de gestão adotada por seus governos, tem se

mostrado com uma das grandes barreiras para o controle da pandemia. Entretanto, a ausência de resposta à pandemia, devido a ideologias políticas, vem caminhando junto - senão mais rápido - com esta problemática. O Brasil assumiu a infelicidade de protagonizar uma das piores respostas à pandemia da Covid-19 na América do Sul, devido ao número de casos e óbitos, ficando atrás apenas dos Estados Unidos (FERRANTE, 2020, p. 13).

Diante de disputas políticas e ideológicas, o presidente do país referiu-se a doença causada pela Covid-19 de “gripezinha”, desdenhou o número de mortes provocadas pela doença, negou a eficácia do distanciamento social, promoveu campanhas de desmoralização da importância da vacinação, fomentou o uso de medicamentos que não tinham comprovações científicas, provocou a troca de ministro, entre outros comportamentos que trouxeram um clima ainda maior de incertezas e descompromisso com o cuidado coletivo (ALBUQUERQUE et al., 2020, p. 20).

Os ataques do governo vieram de várias direções: dos atores das esferas nacionais de gestão de políticas públicas de saúde e educação, trazendo um certo senso negacionista aos avanços da ciência, de grupos e atores que ocupam instituições e, inclusive, do interior da instituição universidade. Paradoxalmente, enquanto esses ataques se tornam visíveis, mais setores da sociedade acionavam a necessidade de avanços na ciência e na tecnologia para a superação dos problemas do cotidiano, bem como chamavam as instituições de ensino para dar respostas (FERLA et al., 2020a, p. 18).

Em meio ao cenário pandêmico, as Instituições de Ensino Superior (IES) também foram alvo de ataques, vivenciando um cenário de contradição onde, enquanto a produção de conhecimento científico era desdenhada e colocada em cheque a todo tempo, o governo federal lançava mão de editais e portarias que movimentavam a comunidade acadêmica através de diferentes estratégias de chamamento dos cursos da área da saúde e pós-graduações para o enfrentamento da pandemia.

A ação estratégica “O Brasil Conta Comigo”, publicada através da Portaria nº 492, de 23 de março de 2020, foi uma delas, tendo como objetivo central otimizar a disponibilização de serviços de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para contenção da pandemia do coronavírus Covid-19, de forma integrada com as atividades de graduação na área da saúde, convocando os alunos dos últimos anos de graduação dos cursos de Fisioterapia, Medicina, Enfermagem, Farmácia que estivessem em estágio curricular obrigatório a atuar em diferentes serviços de saúde que fossem pactuados nessa ação pelos municípios (BRASIL, 2020).

Alvo de muitas ressalvas por parte das instituições de ensino superior, já que as convocações não demonstravam preocupação eficiente com as questões pedagógicas e



deixavam dúvidas quanto à proteção dos estudantes, essas estratégias evidenciaram um compromisso ainda maior com os contextos de formação na saúde (TORRES; ALVES; COSTA, 2020).

Nesse sentido, destacam-se as instituições de origem comunitária, definidas por Vannucchi (2004 apud SCHMIDT, 2008, p. 57), a partir das seguintes percepções:

[...] não é uma universidade comum; é uma universidade diferente da estatal e da empresarial; é uma universidade da comunidade, ou seja, pertence a uma comunidade; é uma universidade para a comunidade, ou seja, a sua missão somente se realiza de fato na interação com a comunidade; é uma universidade dirigida por representantes internos e externos dessa comunidade; é uma universidade mantida por uma pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos; é uma universidade que executa um serviço público, embora não estatal.

Frente a um cenário desconhecido, de medos e incertezas, as instituições de ensino superior comunitárias tiveram que se reorganizar, a partir desses chamamentos comunitários, e buscar estratégias possíveis para dar continuidade às atividades acadêmicas, bem como honrar seus compromissos com a produção de conhecimento científico em resposta às demandas advindas das comunidades, especialmente dos territórios mais vulneráveis.

Assim nasceu o Projeto Redes de Cuidados Territoriais (PRCT) para enfrentamento à Covid-19. Uma parceria entre a Prefeitura de Passo Fundo/Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade de Passo Fundo (UPF), acionada com intuito de implementar ações de cuidado em saúde nos territórios/populações de maior vulnerabilidade social e grupos de risco à Covid-19.

Inicialmente, o PCRT, na sua dimensão territorial, foi consolidando a sua proposta contando com a participação de estudantes que tinham carga horária para cumprir de disciplinas e estágios e dos residentes que faziam parte dos programas de residência da instituição. Com muitas resistências e medo, articulações e diálogos foram sendo estabelecidos para que a ida a campo considerasse os protocolos de biosseguranças recomendados e que fosse realmente afetivo no cuidado prestado às comunidades.

Com uma organização baseada no cuidado territorial, suas ações foram desenvolvidas do período de julho a novembro de 2020, sendo materializadas, principalmente, através da realização de visitas domiciliares em comunidades vulneráveis indicadas pela gestão municipal. Inicialmente as equipes de campo foram compostas pelos acadêmicos que tinham horas práticas a serem cumpridas através de disciplinas, estágios e residentes dos Programas de Cardiologia, Atenção ao Câncer e Saúde do idoso que fizeram parte da equipe por conta da carga horária destinada à atuação na atenção básica.

As visitas tinham objetivo de fazer rastreamento da Covid-19, bem como identificar possíveis questões gerais de vida e saúde que necessitassem de intervenções. Considerando três eixos de atuação (monitoramento, diagnóstico e acompanhamento, apoio matricial e educação permanente), o PRCT foi realizado em interlocução com os serviços da rede do município, bem como estruturado em metodologias de trabalho que proporcionassem diálogo entre as diferentes áreas do conhecimento atuantes, através de reuniões de equipe multiprofissionais (*rounds* de discussão de casos).

Utilizando-se de um instrumento comum, construído a muitas mãos e foi sendo ajustado a partir da experiência inicial e das diferentes percepções das áreas de atuação no projeto, foram levantadas diferentes situações, que também foram sendo pactuadas com o município.

O projeto Redes de Cuidados Territoriais se estruturou através de três eixos:

1. Territorial:

O trabalho territorial desenvolvido no PRCT contou com a identificação de 04 bairros para atuação, informados pela Secretaria de Saúde do município. A partir dessa indicação, o trabalho da equipe de coordenação, em conjunto com os alunos bolsistas, se desenvolvia a partir da seguinte metodologia:

- a) Realização de mapeamento do território e contato com as equipes de saúde, lideranças comunitárias e equipamentos sociais do bairro para constituição de uma sede da equipe do projeto.
- b) De segunda a sexta (manhã e tarde), as equipes de estudantes e professores dividiam-se em duplas ou trios com caráter interprofissional, para realização de visitas domiciliares de duas frentes: as visitas em regiões mais vulneráveis (ocupações e áreas identificadas pelas equipes como mais vulneráveis), bem como rastreamento de Covid-19 em áreas identificadas pelo bairro.
- c) Para a realização das visitas, as equipes utilizaram dois instrumentos, sendo um mais completo, que abrangia o rastreamento de Covid-19 e questões diversas de saúde da família e outro instrumento somente com questões voltadas à identificação de casos da Covid-19.
- d) Após a realização das visitas, os grupos retornavam à sede para discussão coletiva dos casos através do *round*, que consistia em um debate interprofissional sobre as situações encontradas e formulação dos planos terapêuticos das famílias.
- e) Com os planos terapêuticos definidos, a equipe de bolsistas e residentes realizavam os encaminhamentos (via sistema da SMS), contatos telefônicos com

serviços parceiros, atendimentos na UBS e visitas com áreas específicas para a realização de intervenções *in loco*.

Além dessas atividades, para dar conta das situações que eram encontradas nos territórios, o PRCT organizou, ao longo de sua execução, momentos de formação por meio da plataforma do Google Meet, onde eram abordados temas gerais para o trabalho em campo e também específicos, abordados a partir das demandas encontradas nos territórios. Ao todo foram realizados 16 encontros formativos, sendo as principais temáticas: Covid e Biossegurança; Visita domiciliar: o que preciso saber sobre essa tecnologia de cuidado; Testagem para Covid-19; O contexto da pandemia; Fluxos da rede de atenção à saúde do município de Passo Fundo; Violência contra a mulher; Leituras de realidade; Serviço de Teleatendimento; Conhecendo os territórios de atuação.

## 2. Serviço de Teleatendimento à Covid-19

Esse foi um dos primeiros serviços organizados pela Universidade em parceria com o município para o enfrentamento da pandemia. Antes mesmo do projeto Redes ser pactuado, esse serviço já acontecia e atendia a população da cidade no esclarecimento de dúvidas, orientações gerais e encaminhamentos aos serviços de saúde.

Ao dar início às atividades no território, o serviço de Teleatendimento foi incorporado ao PRCT, organizando-se como uma equipe de retaguarda para o encaminhamento e monitoramento dos casos suspeitos ou confirmados de Covid-19 no território. Desde o início do PRCT, o serviço de teleatendimento contou com uma equipe multiprofissional composta por acadêmicos da Farmácia, Fisioterapia, Enfermagem, Medicina, Psicologia, Nutrição e Fonoaudiologia, residentes que tiveram a função de coordenar as ações *in loco*, bem como, duas psicólogas do município, destinadas a atender às questões referentes à saúde mental da população. Portanto, quando, nas visitas domiciliares, eram encontrados casos suspeitos ou famílias que precisavam ser monitoradas, seus nomes e telefones eram encaminhados para a equipe que fazia contato posteriormente.

O serviço funcionava das 8h às 18h, de segunda a sábado. Os estudantes contavam com um computador e um telefone para a realização dos atendimentos, bem como, utilizavam um sistema criado pela própria Universidade para registro e monitoramento dos usuários atendidos. Além disso, foi incorporado ao serviço o uso da ferramenta do WhatsApp, com objetivo de ampliar as possibilidades de contato com a equipe disponível.

## 3. Núcleo de Vigilância Epidemiológica (NVE)

Uma equipe de alunos com supervisão de professores atuou no núcleo de vigilância epidemiológica do município, composta por 08 acadêmicos do curso de Enfermagem, sendo 6

bolsistas e 2 voluntários, que realizavam as atividades de segunda a sexta-feira (manhã e tarde) e sábado (manhã), sob supervisão da Enfermeira coordenadora do núcleo. As ações realizadas pelos acadêmicos consistiam em:

- Monitorar os pacientes que consultavam em serviços de saúde de Passo Fundo, com suspeita de Covid-19. O contato era realizado através de ligação por aparelho telefone celular disponibilizado pelo município, realizado a cada 2 dias. O monitoramento visava obter informações quanto ao estado de saúde dos pacientes bem como dos seus contatos domiciliares; isolamento domiciliar; tratamento medicamentoso; teste realizado (RT-PCR; Teste Antígeno ou Teste rápido). Ao final, todas as informações obtidas eram registradas no sistema de informação, juntamente com a data e o horário em que foi realizado o monitoramento;
- Coletar exames RT-PCR, realizadas em Instituições de Longa Permanência de idosos (ILPIs), conforme demanda;
- Enviar os laudos de testes RT-PCR aos pacientes, sendo o contato realizado por meio de ligação por aparelho telefone celular disponibilizado pelo município.

Com relação aos casos positivos para Covid-19, o grupo de trabalho realizava investigação por um questionário semiestruturado disponibilizado pelo NVE, para obter informações referentes ao estado de saúde do paciente, bem como dos seus contatos domiciliares; isolamento domiciliar; tratamento medicamentoso; orientações quanto aos serviços de saúde de referência no município de Passo Fundo para atendimento de casos de Covid-19 e informações do local de trabalho e contatos laborais do paciente.

Nos casos de pacientes com resultado negativo para Covid-19, era realizada uma investigação para obter informações referentes ao estado de saúde do paciente, bem como dos seus contatos domiciliares e isolamento domiciliar. Conforme Nota Técnica vigente, se o paciente apresentava sintomas o mesmo era orientado a procurar nova avaliação em caso de piora no quadro e manter isolamento domiciliar até que estivesse apresentando sintomas.

Ao final de todos esses processos, eram realizadas orientações quanto às medidas de proteção como uso de máscara, distanciamento social, uso de álcool gel e demais dúvidas/questionamentos que os pacientes apresentassem durante a realização da ligação ou via WhatsApp. Todas as informações e condutas repassadas aos pacientes seguiam as recomendações da OMS; MS e normas técnicas do Estado do RS

Com essa estrutura, o cuidado nos territórios foi um novo cenário de aprendizagem, que materializou de forma viva e em ato a formação em serviço, lá onde a vida acontece. O PRCT tornou-se um recurso importante para compreender as características socio sanitárias dos

grupos populacionais - principalmente suas vulnerabilidades -, auxiliar a reconstruir fluxos de atendimento em tempos de pandemia, além de indicar estratégias viáveis e resolutivas que promovessem vigilância e intervenções, enquanto não fosse possível restabelecer a “normalidade” dos serviços.

Assim, ao colocar em análise um projeto como este, articulado com os entrelaçamentos entre os campos da educação e da saúde, proponho a reflexão e a construção de uma análise estruturada sob os aspectos da reorientação da formação na saúde. Tal movimento analítico justifica-se, à medida que em razão da pandemia, a necessidade de interlocução entre as políticas ficou mais evidente, já que as relações entre ensino-serviço-comunidade foram cruciais para o enfrentamento dos desafios impostos, bem como a experiência do PRCT ter sido permeada pelos desejos e afetos dos sujeitos envolvidos.

#### 4 AS ROTAS QUE TRILHAMOS PARA CHEGAR ATÉ AQUI



O caminho metodológico desta pesquisa, tornou a investigação um processo que valorizasse as tantas experiências produzidas pelo PRCT. Essas experiências perpassaram dimensões pedagógicas, metodológicas e também afetivas. A pesquisa a que nos propomos teve uma abordagem qualitativa e constituímos sua análise considerando todo o universo de significados, aspirações, crenças, valores, relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001, p. 22).

Para Gaskell (2002, p. 65) a pesquisa qualitativa fornece os dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações entre os atores sociais e sua situação. O objetivo é uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivação, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos.

Quanto aos seus objetivos, teve caráter explicativo/exploratório com o intuito de conhecer a realidade, explorar aquilo que já existe no campo pesquisado e refletir acerca do que ainda pode ser implementado como prática. De acordo com Gil (2008, p. 27), “as pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato”.

Minayo (2001) defende que para a amostra qualitativa de uma pesquisa ser classificada como ideal, deve refletir ao máximo todas as dimensões do objeto de estudo, devendo garantir

um número suficiente de comunicantes para que a complementaridade de informações aconteça quando for necessário.

A amostra deste estudo, ou melhor, os sujeitos que tiveram a oportunidade de viver essa experiência, portanto, foi fundamentada na noção de quadrilátero da formação em saúde, que diz respeito à integração do ensino, gestão, atenção e controle social para a organização dos processos de formação em saúde. Tal relação entre a escolha dos sujeitos e a noção de quadrilátero se justificou a partir de que nesta perspectiva que perpassa a formação existem convocações pedagógicas diferentes em cada uma dessas dimensões, uma imagem de futuro, uma luta política e uma trama de conexões. Cada interseção resulta em trajetos formativos postos em ato (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b).

A proposta desta investigação se constituiu através da análise dos materiais audiovisuais e diários de campo (da mestrandia) produzidos durante o percurso do PRCT (julho a novembro de 2020). Os atores envolvidos (especialmente os estudantes), produziram materiais que tinham como objetivo divulgar as ações, compartilhar a experiência vivenciada em eventos científicos, além de produzir conteúdo e registro como forma de relatório vivo da experiência. Aprofundando o olhar sob os discursos e os seus sentidos considerando o indivíduo, a cultura e sua subjetividade constituímos um caminho metodológico estruturado a partir dos discursos contidos nesses materiais, considerando, assim, as práticas discursivas como sendo as diferentes maneiras em que as pessoas, através dos discursos, ativamente produzem realidades psicológicas e sociais (SPINK; GIMENES, 1994, p. 153).

Ainda, Knoblauch (2004 apud SOUSA; PRESADO; CARDOSO, 2019, p. 966) evidencia que a coleta de dados visuais pode ser processada de diferentes maneiras, como a gravação científica de situações sociais naturais ou experimentais, através de entrevistas, ou por meio de vídeo diário, em que o foco é estudado no seu contexto natural e cotidiano, utilizado muito em estudos etnográficos. Segundo os autores, na análise de vídeo é importante estabelecer alianças entre as dimensões empíricas e simbólicas, recorrendo não apenas ao discurso verbal do vídeo, mas também ao não-verbal, como as expressões faciais, o toque, as pausas e as próprias emoções.

Além disso, fizemos uso da ferramenta do diário de campo, já que tive a oportunidade de fazer parte da construção e desenvolvimento do PRCT e ao longo do percurso, fui produzindo reflexões e anotações das experiências ali vivenciadas.

O diário de campo evidencia-se como uma estratégia interessante neste tipo de pesquisa, já que possibilita trazer à tona os aspectos da implicação com o campo estudado. Essa modalidade de escrita compreende a descrição dos procedimentos do estudo, o resgate do

desenvolvimento das atividades realizadas, além de servir como uma narrativa textual das impressões da pesquisadora. Como instrumento de coleta, o diário permite que a pesquisadora traga para o debate os conhecimentos e saberes construídos ao longo do seu envolvimento com o campo, propostas e ações, suas angústias, desejos, avanços e dificuldades (PEZZATO; L'ABBATE, 2011 apud KROEFF; GAVILLON; RAMM, 2020).

Os vídeos escolhidos para análise foram:

- Vídeo 1: produzido pelos alunos participantes do PRCT, vinculados ao Pet-Interprofissionalidade, que foi compartilhado em uma Mostra Nacional dos Programas Pet do Brasil, que ocorreu no dia 20 de outubro de 2020.<sup>4</sup>
- Vídeo 2: gravação da Mostra Final do PRCT ocorrida no dia 16 de dezembro de 2020, via Google Meet.<sup>5</sup>

Cabe, ainda, destacar que o vídeo 1 está sob domínio público, na plataforma do Youtube. O vídeo 2 corresponde à gravação da Mostra Final do Projeto Redes de Cuidados Territoriais compartilhada via Drive com todos os participantes e, por isso, utilizamos um Termo de Autorização para garantir a permissão dos participantes que fizeram intervenções através de falas, apresentação de trabalho, *chat* ou outro comentário para a análise aqui proposta.

O percurso de análise dos vídeos passou por algumas etapas, considerando a metodologia proposta por Spink e Gimenes (1994). Início acessando os materiais e realizando a *análise flutuante*, que permitiu a compreensão inicial da conformação da situação dialógica e do uso que estava sendo feito pelos protagonistas das narrativas nos vídeos. Além de entender a linha de argumento, obviamente amarrada às versões do eu que estão sendo veiculadas. Em seguida, iniciou-se o processo de *elaboração de um mapa de ideias*, que foi composto pela transcrição dos materiais audiovisuais, sendo que essa etapa contou com a ajuda de duas estudantes do curso de Enfermagem. A partir desse processo, as ideias foram sendo vinculadas às categorias analíticas, construídas por mim, e que estavam diretamente relacionadas aos objetivos da pesquisa, permitindo, assim, a apreensão de forma bastante direta das representações presentes e das narrativas nas quais elas adquiriram significação. E, por fim, a *análise dos discursos* foi realizada em consonância com os indicadores previamente descritos neste texto: o quadrilátero da formação em saúde (evidenciando quem são os interlocutores; a retórica e os indicadores de natureza linguística tais como a ambiguidade e a contradição).

---

<sup>4</sup> Disponível em: [https://www.youtube.com/watch?v=eEXx\\_bQkrGk](https://www.youtube.com/watch?v=eEXx_bQkrGk). Acesso em: 28 jul. 2021.

<sup>5</sup> Disponível em: [https://drive.google.com/drive/u/0/folders/11CeBYTptUnJx\\_33Soay4vMDSX3NWXChn](https://drive.google.com/drive/u/0/folders/11CeBYTptUnJx_33Soay4vMDSX3NWXChn). Acesso em: 28 jul. 2021.



As categorias previamente definidas, considerando os elementos que sustentaram teoricamente o trabalho, e a pergunta central da pesquisa foram:

- a) Interprofissionalidade: o encontro com o outro que me afeta e me constrói.
- b) Formação para a democracia: o pensamento crítico e o convívio com sociedades plurais.
- c) Formação para as humanidades: furando a bolha e reorganizando paisagens sobre o cuidado em saúde a partir da experiência da pandemia.
- d) Reorientação da formação em saúde: o quadrilátero materializando possibilidades de inovação no ensino.

## 5 O QUE PODE UMA EXPERIÊNCIA FORMATIVA NO TERRITÓRIO

O Projeto Redes de cuidados territoriais foi ferramenta pra  
viver a pandemia de um outro modo!

Ele nos aproximou mesmo com o distanciamento  
Ele cuidou da nossa saúde mental- pois fez a gente romper  
nossas bolhas e ver que há vida além das avenidas  
Ele foi rede de apoio para aqueles que estavam na linha de  
frente

Ele produziu encontros, que geraram amizades e admiração  
Ele fez da gente humanos!

O Redes não acaba aqui... porque o Redes somos nós e toda  
nossa capacidade de reinvenção!



Fazer o exercício de analisar uma experiência com tanta intensidade como a pandemia da Covid-19, materializada nesta pesquisa através do PRCT, não é uma tarefa fácil, muito menos superficial. No exercício da análise, coube nesta pesquisa tratar de produzir reflexões que constituíssem movimentos de desordem, ou melhor, de invenção. Com objetivo de sistematizar todos os possíveis aprendizados desse tempo vivido, bem como romper com o tradicional das formações em saúde, produzir verdades sobre um outro, esta análise merece ser lida com leveza. Com a leveza de falas sensíveis e singulares de quem viveu e sentiu tudo ao mesmo tempo, nessa pandemia. Esta análise tem intencionalidades maiores, ao construir inovações reflexivas que respinguem mudanças no que se refere aos movimentos de reorientação da formação em saúde, rompendo, se possível, como afirma Rodrigues (2012), com os “sedentarismos analíticos solucionadores”, trazendo, portanto, o exercício da problematização.

Por trabalhar com uma temática e um contexto social (pandemia) ainda latente temos um compromisso ainda maior, no sentido de garantir que se analise toda produção de sentido construída a partir desta vivência.

Nesse emaranhado de sentimentos, desejos e experiências, propusemos como estratégia de análise o olhar sobre os discursos dos vídeos destacados acima. Utilizou-se a concepção proposta por Spink e Gimenes (1994) que compreendem a produção de conhecimento como o exercício de dar sentido ao mundo. Para as autoras:

Não se trata, portanto, de mero processamento de informação, da adesão a uma ou outra teoria científica, ou da possibilidade cognitiva da construção lógica do pensamento. O conhecimento na ótica da produção de sentido implica, sobretudo, no posicionamento perante os dados, as teorias, e os outros - nossos interlocutores diretos ou genéricos (SPINK; GIMENES, 1994, p. 150).

As práticas discursivas que nos permitem acessar a produção de sentido situam-se na escala das relações entre as pessoas, fazendo sentido a proposta de analisar uma experiência de enfrentamento à pandemia, que evidencia elementos importantes sobre os aspectos e desafios da formação em saúde. Nesse sentido, a apreensão das diferentes narrativas, implica em ter familiaridade com a diversidade própria ao imaginário social sobre os objetos que são foco dos processos de significação (SPINK; GIMENES, 1994, p. 154).

Dar sentido ao mundo implica, também, posicionar-se em uma rede de relações e pertence, assim, à ordem da intersubjetividade. Isso implica em trazer o tempo presente para o cenário: a microescala da interação social onde, como aponta Spink (1994) se torna possível a ruptura entre o instituído e o instituinte que possibilita a atividade criativa e a construção de novos sentidos.

Entendendo os passos de compreensão de sentido dos discursos para realização desta análise proposta por Spink e Gimenes (1994), destaco as seguintes reflexões:

- a) Do ponto de vista que compreende o discurso como um fenômeno da esfera da intersubjetividade, o entendimento do espaço na interface entre intenções do entrevistador e hipóteses sobre a situação provocada para expressão das narrativas apresentadas nos vídeos, podemos perceber uma abertura para aquilo que é da expressão dos afetos e aprendizados.
- b) No que se refere à compreensão de que o discurso é sempre intersubjetivo, destaco a intencionalidade da construção dos materiais analisados, que pretendem contar e compartilhar as experiências vivenciadas em um contexto permeado por incertezas, inseguranças, novos cenários de atuação e de aprendizado, como a pandemia da Covid-19. Assim, a presença de diferentes interlocutores, em tentativas diversas de dar sentido ao contexto da pandemia, evidencia um cenário potente de descobertas.
- c) Considerando que as diferentes narrativas encontradas nos materiais analisados têm as suas próprias regras de construção, observei também os repertórios linguísticos que evidenciam e caracterizam as experiências narradas, todas elas atravessadas pelo contexto pandêmico, gerando, portanto, ambigualmente, análises de um tempo que passou (antes da pandemia), de um tempo no agora (experiência viva em ato) e de perspectivas (pós-pandemia).

- d) E, por fim, mas não menos importante, esta análise busca no campo da retórica, compreender o que as narrativas evidenciam sobre aquilo que as autoras definem como os qualificadores reveladores do investimento afetivo, ou seja, aquilo que se os interlocutores e atores argumentaram sobre a experiência e depositaram de valores e significados.

Assim, compartilho daqui em diante, a grandeza e beleza dos discursos produzidos nesses materiais, evidências das diferentes compreensões e facetas da experiência vivenciada pelos atores que compõem o quadrilátero da formação em saúde. Esta análise tem a pretensão de sistematizar e potencializar as reflexões sobre a reorientação da formação em saúde, baseado nas experiências formativas *vivenciadas em ato* neste contexto de pandemia. Sob a ótica da micropolítica do trabalho vivo em ato e também dos modelos tecno-assistenciais que envolvem as redes de atenção e a produção de cuidado em saúde seguindo de núcleos tecnológicos, os convido a mergulhar nessa imensidão de sentidos produzidos, que revelam muitos elementos sobre a singularidade do trabalho e da formação em saúde.

Nas quatro categorias de análise apresentadas, usei falas de diferentes sujeitos envolvidos em entrevistas, apresentação de trabalhos, reflexões e comentários presentes nos dois materiais audiovisuais produzidos pelos estudantes. Os nomes dos sujeitos foram ressignificados por mim, considerando que, ao fazer parte do “elenco” que vivenciou a experiência do Projeto Redes de Cuidados Territoriais, conheci cada um e cada uma de maneira profunda e muito próxima, tomando com isso, a liberdade de, com base em minhas percepções, renomeá-los e descrever brevemente seus papéis (subjetivos e pedagógicos), conforme associações com personagens, músicas, poesias, representações e outras tantas ideias afetivas que viessem em minha cabaça. Assim, realizei as seguintes definições:

Quadro 1 – Ensino

<b>Sujeitos</b>	<b>Descrição afetiva</b>	<b>Nome representativo</b>
Professores dos Cursos de Graduação e Projetos de Extensão envolvidos no Projeto Redes de Cuidados Territoriais	<i>A luz da saúde coletiva reacendeu para alguns Era um novo tempo Carregado de contradição: viver a formação no território era tudo que se desejava no famoso grupo de resistência dos professores da saúde coletiva</i>	Belchior (aquele que ama para mudar as coisas)

<b>Sujeitos</b>	<b>Descrição afetiva</b>	<b>Nome representativo</b>
	<p><i>Mas isso foi acontecer em meio a pandemia, então todo o desejo teve de ser fracionado, cauteloso, cuidadoso</i></p> <p><i>Foram produzidos muitos erros</i></p> <p><i>Muitos acertos</i></p> <p><i>e também foram possíveis descobertas</i></p> <p><i>De uma docência em movimento: no galpão, com geada, com calor, com o inusitado, com gentes</i></p> <p><i>Os professores do PRCT enfrentaram a pandemia, seus medos, suas incertezas, mas foram felizes!</i></p>	
Estudantes bolsistas do Projeto Redes de Cuidados Territoriais, bolsistas do Pet-Saúde, residentes do Programa de Residência Multiprofissional e Projetos de Extensão	<p><i>O mergulho na experiência é avassalador</i></p> <p><i>Permite uma reconstrução daquilo que vinha se configurando no imaginário</i></p> <p><i>O trabalho em equipe, o contato com o território, as exigências de vidas que ao se encontrarem ecoam e fazem vibrar afetos</i></p> <p><i>O mergulho na experiência reveste outros modos de ser/estar/viver o mundo, as profissões e o trabalho em saúde</i></p>	Passarinhos (aqueles soltos a voar dispostos; aqueles que são pássaros nos delírios de alguém)

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Quadro 2 – Controle social

<b>Sujeitos</b>	<b>Descrição afetiva</b>	<b>Nome representativo</b>
Lideranças comunitárias	<p><i>Para ser</i></p> <p><i>Sou com o outro</i></p> <p><i>Sinto com o outro</i></p> <p><i>Luto com o outro</i></p> <p><i>Faço mágica</i></p> <p><i>Caldeirada para curar dores</i></p> <p><i>Avalio, acolho, vibro</i></p>	Marielle (aquelas que carregam sementes)

	<p><i>Escuto</i>  <i>Cuido</i>  <i>Querem vir aprender tudo isso comigo?</i>  <i>É só colocar o pé no barro!</i></p>	
--	--	--

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Quadro 3 – Serviço

<b>Sujeitos</b>	<b>Descrição afetiva</b>	<b>Nome representativo</b>
Profissionais de Saúde vinculados ao Município	<p><i>Foram nos oferecidas tantas coisas</i>  <i>Muitas técnicas, muitos procedimentos e protocolos</i>  <i>Até uma pandemia chegou no nosso colo</i>  <i>Somos heróis/ Heroínas?</i>  <i>Somos humanos, e agora?</i>  <i>O que fazer com o choro? com a angústia? com nosso processo de trabalho?</i>  <i>Para ser humano é preciso espaço, relações, encontros com gentes</i>  <i>Deixar isso acontecer é desafio pra cuidar de nós, dos outros e do mundo!</i></p>	Forest (aqueles que correm para buscar experiência com sentido e nos encontros vivem essa possibilidade)

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Quadro 4 – Gestão

<b>Sujeitos</b>	<b>Descrição afetiva</b>	<b>Nome representativo</b>
Representantes da gestão da Secretaria Municipal de Saúde e da gestão da Universidade de Passo Fundo	<p><i>Gestar</i>  <i>09 meses</i>  <i>04 anos</i>  <i>Em tempo integral e pra sempre?</i>  <i>Conduzir processos: desafio</i>  <i>Ser mulher na condução: desafio ainda maior!</i>  <i>Acreditar, ter sonhos?</i>  <i>Por um projeto de universidade?</i>  <i>Por um projeto de fortalecimento do SUS?</i></p>	Elza (aquelas que são mulheres do fim do mundo)

	<p><i>A aposta no coletivo marca uma gestão</i></p> <p><i>Elas vão até o fim do mundo!</i></p>	
--	--	--

Fonte: elaborado pela autora (2021).

Reafirmo que, nesta pesquisa, abri espaço para os afetos e a construção da análise está ancorada na perspectiva da análise de discursos e da compreensão de que, ao permitir o movimento de afetar-se no processo, escancaramos, sem perder o rigor e dimensão metodológica da investigação, as possibilidades de enunciação de outras formas de agir, baseado nos modos de expressão que vamos percorrendo. Como afirmam Lazzarotto e Carvalho (2012, p. 24), quando afetados pelas audições e visões, gostos e cheiros, toques de vidas que nos forçam a pesquisar na historicidade de um tempo que acontece, temos a oportunidade de perceber que nossas questões são feitas de vida. Nesse contato, exercitamos nossa ética e expandimos nosso conhecimento nas relações de uma vida de todos em nós, de uma vida de si com todos.

### 5.1 Interprofissionalidade: o encontro com o outro que me afeta e me constrói



*O projeto Redes veio como um alento pra todos de certa forma, veio para unir personalidades tão diferentes que nunca imaginávamos que pudessem se conhecer. Até eu estou no meu último semestre de faculdade assim, e nunca havia trabalhado de maneira multidisciplinar. Ele veio pra gente sair das nossas caixinhas, sair da caixinha do nosso prédio na UPF e conhecer o colega do prédio da frente assim né,*

*que a gente deve ter se cruzado tantas vezes pela universidade e foi se conhecer só no final graças ao projeto né (PASSARINHO).*

O que têm a dizer os envolvidos em uma experiência de enfrentamento a pandemia da covid-19 sobre o trabalho interprofissional? O que uma experiência que tinha como objetivo central o cuidado nos territórios pode evidenciar sobre a formação em saúde? Que significados fomos produzindo sobre o que é cuidar em saúde? Em um cenário de incertezas, foram produzidas modificações nas paisagens instituídas? Que encontros foram possíveis de se fazer?

Quando um discurso vem da experiência, ele carrega sentidos permeados por uma corporalidade e uma afetividade que é singular. Para tanto, cabe destacar que a formação pautada na experiência não é algo simples: é complexa, laboriosa, além de estar submetida a abalos, perturbações, sustos, estranhamentos e surpresas. Essa experiência que envolve o corpo a corpo com o campo, é ousada, mobiliza e dá trabalho. Ela requer a formação de uma rede de agenciamentos entre professores e alunos que auxilia na sustentação e na continuidade do processo (KASTRUP, 2013).

Ainda sobre as experiências de formação, Kastrup (2013) pontua que o mergulho na experiência nesse campo é uma maneira ousada e pouco comum para compor o aprendizado nas formações em saúde. O mergulho na experiência, segundo a autora, é possibilitado pelos encontros com os pacientes no contexto social e econômico em que vivem, inseridos em seus territórios existenciais, com suas redes sociais, conexões afetivas, seus modos de existência.

E, no caso da experiência do PRCT, a singularidade da formação e do trabalho em saúde se constituiu, justamente, na possibilidade de experimentação daquilo que é a alma do agir em saúde: a produção de cuidado vivo em ato, em movimento, literalmente, peripateticamente. Nesse sentido, ao longo das convocações feitas pelo território, a todo tempo nos desafiamos em um processo formativo que tinha como base uma pedagogia da implicação, ou seja, uma educação integrada ao trabalho, como singularização do fazer cotidiano (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 50).

Talvez essa pedagogia tenha funcionado, talvez não. Não tão binariamente assim, farei a tentativa, aqui, através dos discursos sobre essa experiência, de compreender quais foram os sentidos experimentados nesse processo, e o que ele dá de pistas para pensarmos a reorientação da formação em saúde. Afinal, em meio ao contexto de desgoverno, que reforçou o tempo todo uma autonomia *fake*, forjada na defesa da autonomia profissional de prescrever cloroquina (remédio que não fazia parte do tratamento da Covid-19, como comprovado cientificamente), na desqualificação da ciência e nas tantas outras manifestações - eu diria birras genocidas - de



um menino mimado, como bem salienta o *rapper* Criolo, “incapaz de reger uma nação”, não se pode deixar de dizer que tem sido um momento de muita reorganização no que se refere às questões subjetivas, relacionais, de desenvolvimento, laborais, etc.

O que dá sentido último, que dá alma ao cuidado, é exatamente o encontro com o outro. Foi na experiência real e cotidiana com muitos outros (materializados por diferentes atores do quadrilátero da formação em saúde) que fomos produzindo trocas, ações e descobrindo possibilidades de se constituir trabalhadores e trabalhadoras da saúde.

A proposta de convidar estudantes de diferentes cursos e lugares (graduação e pós-graduação) e professores não foi uma tarefa simples, muito menos uma experiência sem contradições. O medo de contrair o vírus e o estranhamento de não estar mais entre as quatro paredes da sala de aula tornou o processo um tanto quanto desafiador. O primeiro desafio se deu em razão do tempo: o caráter de urgência das ações e as leituras de realidades necessárias para todo e qualquer trabalho com territórios. Entretanto, destaco que o senso de comunidade e solidariedade foi um dispositivo facilitador do processo. O segundo desafio evidenciou-se na estratégia de aproximação com os serviços de saúde dos territórios nos quais atuamos. Em meio à reorganização dos serviços, à adaptação a novos protocolos sanitários, bem como a exposição e o medo de contaminação dos trabalhadores, o PRCT teve uma aproximação bastante árdua com os serviços pois, ao mesmo tempo em que as necessidades eram encontradas no territórios, algumas situações tinham suas possibilidades de “resolução” bastante remotas, devido ao contexto de reorientação dos serviços.

Além disso, o desconhecimento dos estudantes e alguns professores sobre o funcionamento da rede não pôde ser minimizado, pois o contexto inviabilizou uma aproximação mais densa, não avançando, portanto, naquilo que é um dos grandes desafios da aproximação com o serviço: a integração e a potencialização do serviço, com o apoio da universidade. O terceiro e último desafio que coloco em destaque discute a interprofissionalidade: foi, exatamente, os inúmeros estranhamentos produzidos pelas tentativas de integrar as diferentes áreas que atuavam no PRCT. Romper com os longos anos de fortalecimento da fragmentação do cuidado, do corporativismo das áreas, das disputas de poder, e até mesmo, a falta de experiências de aprendizado compartilhado foi talvez a grande barreira a ser vencida, afinal, o cuidado vivo em ato provocado pela proposta pedagógica do PCRT só seria materializada quando, no encontro, fossem exercidos deslocamentos e compartilhamentos.

A pandemia da Covid-19 transformou o mundo, o trabalho e as formações em saúde. Fosse pelo escancaramento de problemas e desafios históricos, como a precarização do trabalho, a concepção biomédica do cuidado, os modelos de atenção à saúde, as dificuldades de

aproximação com as diferentes realidades, as relações conflitivas entre os diferentes núcleos e campos de saberes, como, também, pelo contexto de incertezas no qual os profissionais “que não podiam parar” foram submetidos, tornando os processos de cuidado em saúde ainda mais complexos.

Já é dado que os sistemas de saúde do mundo vêm enfrentando problemas importantes, especialmente no que se refere à formação e disponibilidade de recursos humanos. A OMS, em uma publicação denominada “Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa”, relata que muitos sistemas de saúde no mundo estão fragmentados e com dificuldades para gerenciar as necessidades de saúde não atendidas (OMS, 2010). A força de trabalho de saúde enfrenta desafios no que se refere a prestação de serviços e demandas de saúde cada vez mais complexas, o que evidencia a necessidade de reorganização das formações para o desenvolvimento de trabalho colaborativo entre as profissões (SOUZA; ROSSIT, 2020).

Dado esse desafio e toda a necessidade de gestão do cuidado em meio ao contexto da pandemia da Covid-19, é que as inquietações frente aos modos de estabelecer processos formativos que dessem conta de aprender com e na pandemia provocaram a necessidade de produzir conhecimento neste campo.

Sobre esse contexto, Nussbaum (2015), ao evidenciar o contexto de uma *crise silenciosa* na educação, nos aponta o raciocínio crítico, as ideias ousadas, a compreensão empática das diferentes experiências humanas e a compreensão da complexidade do mundo em que vivemos, como exercício essencial para a garantia de formação de profissionais preparados para enfrentar problemas complexos, como a pandemia da Covid-19. O pensamento crítico, a cidadania universal e a capacidade imaginativa são os três pilares fundamentais para a retomada dessa dimensão.

Mas, como produzir esse movimento entre os diferentes atores que compõem os processos formativos no campo da saúde? Quais convites e encontros podemos fazer? Como podem os encontros entre as profissões da saúde potencializar o desenvolvimento desses pilares? Seria, talvez, a possibilidade de transbordar aquilo que é específico das profissões?

A pandemia desencadeou uma série de produções. Como apontam Ferla et al. (2021, p. 7), ela:

Produziu mortes, adoecimentos, negação de conhecimentos e de boas práticas de atenção e gestão por parte de algumas comunidades de pensamento necropolítico. Produziu vacinas, contradições discursivas em entidades profissionais que sempre tiveram a ciência e a tecnologia como mediadoras da autonomia profissional, derrubou governos e desnudou governos. Produziu também enormes redes de solidariedade e resistência em grupos populares e comunidades territoriais, produziu iniciativas de

solidariedade universal, explicitou uma crise de civilidade de escala mundial que está por aí há muito tempo, quiçá desde sempre para certos grupos e pessoa.

Em meio à imensidão de transformações, a vida nos territórios seguia acontecendo, e a experiência do PRCT pôde se apresentar como uma possibilidade de fortalecimento da rede de cuidados com as comunidades mais vulneráveis, bem como, uma oportunidade de aprender a aprender nesse novo contexto, que não possuía nem os mesmos cenários, nem as técnicas prontas, muito menos as mesmas possibilidades de relação de cuidado que estávamos habituados e que já eram desafios para as formações em saúde.

A UBS já não apresentava mais a mesma lógica de trabalho, os protocolos já não eram mais os mesmos, os modelos de atenção foram colocados em xeque, e aqueles princípios pensados desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde seguiram sendo campo de forças e disputas. Tudo aquilo que representava a dureza da produção de saúde se tornou um campo aberto e passível de novos formatos. As forças seguem vindo de lados opostos e este trabalho está aqui para tentar problematizar uma aposta, para garantir não só a reorientação da formação, como também, a possibilidade de, no cuidado em saúde, fazer transbordar e ultrapassar a singularidade, o específico das profissões em saúde. Quebrando identidades, evidenciando a potência da formação no território para transformar o cuidado e o trabalho em saúde em um grande observatório de civilidade, ou seja, tornando o saber-fazer circunscrito por compromissos que reafirmem a defesa de vidas plurais, diversas, que se movimentam e constituem em suas relações um emaranhado de possibilidades para consolidação do SUS.

*É uma rede de pessoas né, uma rede de sujeitos que se olharam, que se desafiaram, que acolheram né, que estranharam porque o estranhamento é fundamental para o nosso crescimento enquanto seres humanos. Dizer que foi uma rede de cursos, uma rede de diferentes ações, uma rede entre pessoas com diferentes trajetórias, estudantes, professores, prefeitura, comunidade, enfim de toda vida né! principalmente uma rede entre a universidade e a vida real né (ELZA).*

A noção de rede, evidenciada na fala da gestão, nos dá pistas do que pode acontecer quando a interprofissionalidade passa pela experimentação, pelo aprender com e, não somente, pela ocupação do mesmo espaço pelas profissões no exercício do seu saber técnico.

*Pra mim o maior aprendizado desse projeto é poder ter a oportunidade de trabalhar de forma interdisciplinar e multidisciplinar, e também conhecer um pouco mais de como funciona a rede pública de saúde (PASSARINHO DA PSICOLOGIA).*

*Através de diferentes áreas acadêmicas, tivemos a oportunidade de aprender muitas coisas que estão fora do nosso currículo por uma equipe multi (PASSARINHO DA FISIOTERAPIA).*

Os desafios da interprofissionalidade passam por alguns marcadores que precisam ser garantidos para produzir, de fato, reinvenções nas formas de cuidar em saúde. Esses marcadores são aquelas tentativas de dar conta não somente das saúdes que estão ali representadas, mas que passam pela intensidade da experiência vivenciada pelos sujeitos.

Ao atentarmos à interprofissionalidade, o prefixo “inter” leva-nos ao “interior de dois”, referindo-se, nesse caso, a duas ou mais profissões, que encontram o que há de comum entre elas, ponto de indiscernibilidade que converge nos elementos de um mesmo campo do saber. Nessa perspectiva, quando se reconhece “o comum” nessa relação, novas demandas de conhecimento surgem para as profissões em composição. Assim, o trabalho interprofissional compartilha objetivos, desenvolve identidade de equipe e busca o cuidado integral, levando em consideração o caráter complexo e dinâmico das necessidades de saúde de indivíduos e coletivos, considerados coprodutores dos atos em saúde (BARROS; SPADACIO; COSTA, 2018 apud SUZUKI et al., 2021).

*O projeto nos ensinou ser mais tolerante tanto com os alunos com as diferentes dificuldades que cada um apresenta, quanto também com as diferenças que a gente tem nas comunidades próprias do município, onde cada uma tem uma característica, cada uma tem uma demanda mais específica, e nos ensinou ser um pouquinho mais professores de todo mundo (BELCHIOR DA ENFERMAGEM).*

Ao trabalharmos juntos, nossas práticas intervêm nas práticas uns dos outros, criando os modos e experiências de compartilhamento. A forma e a qualidade como são produzidos esses compartilhamentos influenciarão nas configurações de trabalho estabelecidas e nos desejos que circularão entre os envolvidos, ou seja, implicará diretamente nos nossos saberes-fazer (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 53).

A criação de espaços onde a interprofissionalidade possa acontecer e ampliar os conhecimentos dos estudantes de graduação, dos profissionais que atuam nos serviços e das populações, gerando melhores resultados de saúde, emerge como alternativa ao modelo hegemônico de ensino e cuidado em saúde. Nesse sentido, aquilo que era desafio, em meio ao contexto da pandemia, tornou-se ainda maior. Alicerçado na emergência de reorganizar as formas de ser e estar no mundo, das relações e dos processos de cuidado em saúde que estavam sendo produzidos até então, é que novos modos de ensinar e aprender foram sendo instituídos e, com isso, produzindo furos e possibilidades de, ao menos, colocar em debate - no caso do PRCT, colocando em experimentação.

Ao questionarmos a capacidade da educação interprofissional conseguir de fato, romper com lógicas fragmentadas do cuidado e construir relações de trabalho em saúde pautadas na colaboração, é evidente que precisamos compreender que elementos são garantidores dessa reorganização.

A literatura sobre o tema evidencia que a prática colaborativa se define quando dois ou mais profissionais de saúde atuam de forma interativa, compartilhando objetivos, reconhecendo o papel e a importância do outro na complementaridade dos atos em saúde. Essa compreensão, portanto, traz para a cena do cuidado a necessidade de horizontalizar relações, ou seja, de colocar todos os envolvidos no processo de cuidado como produtores dele. A colaboração implica, necessariamente, em (re)situar os usuários e suas necessidades de saúde na centralidade do processo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; REEVES, 2010).

A interprofissionalidade acontece mediante a vontade dos envolvidos, mas não só. É necessária a instauração de ambiente democrático e de estruturas e mecanismos institucionais que garantam o surgimento, desenvolvimento e manutenção de espaços intraequipes (FURTADO, 2007 apud CECCIM, 2017).

O território, como um cenário aberto, em movimento, que “apronta” o tempo todo com a livre expressão dos seus determinantes em saúde, aparece como um grande cenário para despertar novos aprendizados. Se o território arma e apronta a partir dos seus determinantes, há, nesse cenário, uma evidência de que esse modo de expressão rompe com a equação aprendida na ciência moderna, já que ela é pautada na perspectiva de que apenas o diagnóstico pode ser capaz de desencadear um processo de cuidado em saúde. A dimensão do território vivo quebra a lógica biomédica da produção de saúde e, por isso, o trabalho de cuidar não se dobra ao conhecimento e a tecnologia puramente dura.

A postura de conhecimento e trabalho não fragmentados exige o permanente compartilhamento, em amizade, em afinidade, em simpatia. É nessa hora que o “inter” vai tomando um grande rigor, evidenciando um desdobramento do fazer em saúde, tendo certeza de “como é” nosso fazer em cada profissão somente quando estivermos em um território de práticas e com um certo grupo de usuários (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 54).

*A gente fez uma, uma coisa muito interessante no nosso trajeto no redes assim, a gente fez uma amizade primeiramente né e eu acho que por conta dessa amizade a gente conseguiu construir um processo de muita cumplicidade assim é, de grande respeito uma pela outra, no sentido profissional e de, assim, de compartilhamento de monte de coisa, a gente criou, teorizou um monte de coisa, milhares de ideia pra pesquisa, pra estudar, enfim, foi uma coisa muito legal mesmo (PASSARINHO DA PSICOLOGIA).*

O grande sentido da produção de cuidado é a relação intercessora que se estabelece entre os sujeitos envolvidos, as redes de atenção e as tecnologias utilizadas. A pandemia da covid-19 abriu brechas para essas relações se transformarem, pois demarcou uma grande crise sanitária e civilizatória. Entretanto, só se tornam aberturas positivas e transformadoras quando se constituem entre linhas pedagógicas que induzam o aprendizado, quando se constroem ambientes que se movimentam tanto, que passam a consolidar ambientes protegidos e seguros para a expressão da dúvida, das vulnerabilidades, do aprendizado, do acolhimento e do desejo de colaborar. Sendo um trabalho protegido, as perguntas de quais são os saberes privados de nossa profissão vão sumindo, abrindo espaços para o compartilhamento e construção conjunta (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 54).

*Penso que é um sonho as comunidades acolher os profissionais no território e ser enxergado como um ser integral e não como uma caixinha. Vocês passaram aqui, vocês conversaram conosco, nós não abrimos só a casa enquanto espaço, nós abrimos também a nossa vida, nosso coração, porque nós compartilhamos com vocês as nossas dores né e vocês nos orientaram, então isso é muito importante (MARIELLE).*

Dessa forma, considerando as diversas dificuldades e a imprevisibilidade de ações estratégicas na condução desse período de pandemia e pós-pandemia, a adoção de perspectivas baseadas no trabalho em equipe parece ser um arranjo acertado, pois depende de relações interpessoais contínuas e da articulação de aprendizagens e conhecimentos compartilhados. Aproximar-se da atual realidade e entendê-la como oportunidade de construir coletivamente novos significados, reconhecendo espaços de aprendizagens capazes de sustentar um trabalho baseado na cooperação e na “colaboração intersetorial entre a saúde e setores relacionados”, também parece configurar uma estratégia potente para a saúde pública. Entender tal crise implica repensar modelos de atenção e práticas em saúde não resolutivos, que comprometem o aperfeiçoamento das políticas públicas instituídas. A mudança do pensamento biomédico, fragmentador e curativista para o pensamento holístico em saúde, é pautada por propostas constituídas tanto pelo SUS no discurso da integralidade do cuidado, quanto pela OMS (SOUZA; ROSSIT, 2020).

A tendência mundial da formação e do trabalho interprofissional estimula o abandono de práticas isolacionistas, reduzindo a ocorrência de erros, promovendo a comunicação e a colaboração entre os diferentes profissionais. Compreender a formação e trabalho profissional para além da perspectiva do conhecimento compartimentalizado implica a construção e desenvolvimento de competências interprofissionais colaborativas que ultrapassem os atributos

profissionais específicos. Esse movimento constitui espaço de saberes, condicionado pela disponibilidade para aprendizagens interativas, criando possibilidades para que estudantes e profissionais da área de saúde estejam aptos para o efetivo trabalho em equipe, proporcionando qualidade e segurança aos sistemas de saúde (SOUZA; ROSSIT, 2020).

*Quando existe disposição para construir uma experiência que seja humana assim né, de qualidade, crítica, quando se tem sensibilidade e na verdade isso que a gente gostaria de transmitir assim pra vocês, mais do que qualquer outra coisa, eu acho, mas a possibilidade que o redes trouxe, quando encontra pessoas que tem disponibilidade pra isso, assim, de construir processos que não são só entre eu e a Passarinho da Medicina, é entre eu e a Passarinho da Medicina e todas as pessoas com quem a gente fez laços durante o trabalho no redes (PASSARINHO DA PSICOLOGIA).*

A interprofissionalidade como ferramenta de aprendizado, as trocas e transformações, são potentes aliadas ao desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão, aproximando a universidade da comunidade em geral, contribuindo positivamente, comprometendo os futuros profissionais com práticas de cuidados integrais e contra-hegemônicas. Além disso, a prática da extensão universitária, embora ainda incipiente, pode ser uma tática para superar essas barreiras e aproximar tais contextos, enquanto insere os estudantes em diferentes territórios e a construir uma relação dialógica e comprometida com as necessidades reais (SUZUKI et al., 2021, p. 81).

O “núcleo comum” entre as várias categorias profissionais, as reúne em pequenos e grandes grupos de compartilhamento, submetido a práticas colaborativas somente emergentes em cada agrupamento real, cada lugar em concreto, cada situação particular e cada singular processo de construção de trocas, apoios, compromissos e estratégias de compartilhamento solidário, pelo maior acolhimento e maior resolubilidade. O núcleo comum, portanto, é móvel e é vivo, fazendo-se em ato, mesmo que consumado em um plano de interfaces objetivas, quando há indistinção real das separações. As profissões não preexistem às práticas, elas decorrem das práticas (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 50).

A interprofissionalidade é mote e potência de mais pesquisa, experimentação e renovação, não aniquilando as profissões, antes, aperfeiçoando e elevando suas competências e habilidades a patamares distintos, mais capazes de resolubilidade e interação com os saberes e fazeres no campo de ação em que se inscrevem ou inserem. Pode ocorrer que profissões se desfaçam, o que provavelmente resultará de sua incapacidade de pesquisa, experimentação e renovação (CECCIM; FEUERWERKER, 2004b, p. 52).

*O sentido que a gente teve que sair de dentro do muro da UPF e para fora conhecer, articular, fazer parcerias e entender o coletivo, olhar para o colega do prédio da frente que em outro momento nós não teríamos feito (BELCHIOR DA ODONTOLOGIA).*

A adoção de métodos de ensino inovadores que estimulem o aprendizado compartilhado de forma interativa destaca-se como a principal característica da EIP, evidenciando um importante diferencial para a formação acadêmica. Oportunidades de EIP durante a graduação, como projetos de extensão dentro da universidade, contribuem para a formação de profissionais preparados para uma atuação integrada em equipe. A EIP passa a ser um meio de encontrar respostas aos novos problemas que se configuram, como a complexidade das necessidades de cuidado e a fragmentação do cuidado prestado pelas diferentes especialidades profissionais (PEDUZZI et al., 2013 apud SUZUKI et al., 2021, p. 82).

O processo de fortalecimento e consolidação do SUS exige um movimento permanente de reflexão das práticas em saúde e, também, do modelo de formação de seus profissionais, sendo incoerente fazer esses dois debates separadamente. A formação dos profissionais de saúde precisa manter coerência com o projeto de fortalecimento do sistema de saúde. O processo de construção de uma nova lógica das práticas de saúde deve ser acompanhado por um modelo de formação em saúde que sustente essas práticas (COSTA, 2017, p. 15).

Não se trata de um aprendizado que ocorre isoladamente nas salas de aula, mas de um conhecimento que ocorre de forma interativa com colegas de outras profissões, em diferentes cenários de prática. O aprendizado se dá enquanto os estudantes convivem em experiências reais com profissionais e estudantes de outras áreas. A convivência é aprendizado. Em geral, os egressos dos cursos de graduação em saúde trazem uma visão estereotipada das demais áreas de atuação, que tende a desqualificá-las, e um dos motivos disso é a ausência de experiência de troca de aprendizado conjunto com colegas das diferentes áreas (PEDUZZI, 2020, p. 43).



## 5.1 Formação para a democracia: transbordar o trabalho em saúde



*O trabalho em que os meninos e as meninas fizeram aqui é SUS, é preventivo, é o nosso sistema de saúde válido gente, é poder fazer esse diálogo com a comunidade (MARIELLE).*

Sérgio Arouca já nos alertava, em suas reflexões na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que o SUS e a reforma que estava sendo proposta só seria viável se fosse construída acompanhada de uma mudança civilizatória, ou seja, a partir de muitos atores e muitos cenários transformados. Mesmo que o resultado final não fosse aquilo que muitos de nós desejávamos, afirmava que um resultado construído, desejado, montado e inventado pela sociedade brasileira seria possível (DOWBOR, 2019).

Considerando a institucionalidade do SUS a partir da Lei 8080, calcada em uma perspectiva democrática, podemos dizer que os espaços onde ele se materializa têm o dever de abrir, constantemente, seus fazeres para diferentes atores, removendo barreiras à circulação de novas ideias e pessoas, de grupos e de novas organizações. Nessa perspectiva, toda e qualquer ação ou formação para atuação no mundo do trabalho em saúde pode e deve ser promotora desse movimento.

Ao constituir-se numa lógica que resgata a dimensão participativa da produção de

cuidado em saúde, a partir da proposta do quadrilátero, o PRCT viabilizou encontros e neles, através do inusitado do território, produziu implicações e - por que não - o resgate daquilo que Arouca referia sobre a mudança civilizatória. As comunidades mais afetadas pela pandemia da covid-19 foram as periféricas, aquelas que já, há muito tempo, estavam à margem, no desvio.

Então, aqueles que historicamente “não tinham nada a ensinar”, em meio ao agravamento das suas vulnerabilidades, fizeram parte da composição do território vivo de atuação do PRCT e auxiliaram, principalmente, aqueles que estavam chegando da academia para que compreendessem a dimensão da saúde como um direito, mas não somente, como afirma Krenak (2020), a compreender que é, também, nesse lugar onde a vida acontece e é vivida no cotidiano, que também se produz saúde e cuidado como bem comum. Ao dizer o que significa o SUS, sobre sua falta de acesso, sobre suas demandas e necessidades, as líderes comunitárias faziam ecoar a dimensão democrática da produção de cuidado e da reorientação da formação daqueles que lá estavam.

Pensar uma experiência de enfrentamento à pandemia da covid-19, numa perspectiva territorial, é pensar, igualmente, a capacidade democrática das instituições e seu poder de efetivamente incidir sobre aquelas que tem como missão, formação. Nesse sentido, fica evidente a necessidade de composição da atuação com outros atores, removendo barreiras à circulação de novas ideias e pessoas, de grupos e de novas organizações (DOWBOR, 2019, p.1437).

O fato da pandemia da covid-19 escancarar uma crise sanitária e civilizatória, torna evidente que o cenário de formação para o desenvolvimento de competências também se altera e produz novas exigências. Das *fake news* que invalidam a ciência e atravessam a adesão aos cuidados básicos e também a vacinação, somados à postura genocida do governo Bolsonaro, é necessário um reconhecimento do trabalho em saúde macro e micropolítico, já que temos um problema global a ser enfrentado, expressado de diferentes formas nas diversas realidades do nosso país.

*Eu acho a importância de ver onde as pessoas estão, os modos que elas vivem, quais são as relações dela com a comunidade e com os centros de saúde, como elas acessam o serviço de saúde (PASSARINHO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL).*

*Pra mim é importante participar desse projeto e perceber que a comunidade tem muitas dificuldades em certos serviços prestados na área da saúde (MOTORISTA).*

*Vocês fizeram vários encaminhamentos, as pessoas tem dado retorno daquilo que elas têm conseguido e também tem acolhido as cobranças de não conseguir algumas coisas, isso é bom, pois significa que o sonho do cuidado está ali né, e que a rede inclusive precisa se organizar pra dar contas dessas demandas (MARIELLE).*

O debate global em torno da força de trabalho em saúde aponta como desafio alinhar os processos de formação ao fortalecimento dos sistemas de saúde. As necessidades de saúde se apresentam cada vez mais dinâmicas e complexas, traduzidas pelas transformações dos perfis demográficos, epidemiológicos, que impactam na dinâmica de vida e saúde das pessoas. Esses cenários trazem, entre outras implicações, novos riscos infecciosos, ambientais e comportamentais, e impõem importantes desafios ao trabalho e à formação em saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013 apud COSTA, 2017)

Mas quando falamos desta complexidade, a quais questões de saúde nos referimos? Qual a complexidade do trabalho que produz cuidado em saúde? Que elementos garantem a fuga frente às frequentes tentativas de sequestro biomédico?

Os discursos acima evidenciados falam sobre o reconhecimento daquilo que o PRCT proporcionou, ou seja, falam sobre as percepções que os atores envolvidos tiveram sobre a saúde da comunidade. Saúde, essas, que fogem da representação e que aprontam e se escancaram nos territórios, através da intensidade vivida. Isso significa, então, que o encontro e a clínica no território é que disparam processos de cuidado, e não o contrário. Os jalecos brancos que marcam nossas imagens nas produções audiovisuais, surgindo em meio ao território, nessa perspectiva somem, tornam-se transparentes ou, então, são sujos de barro, por intensidades de vidas que transbordam a equação biomédica e que demandam um caminho muito mais alargado do “cardápio” que temos a oferecer enquanto áreas da saúde, como o simples traçado do problema-solução.

*Uma coisa que marcou muito o meu coração foi que o que mais digitava era que tinha gente precisando de alimentos, e isso foi muito impactante pra mim, e a gente não vê Passo Fundo que tem gente sem documentos, que tem pessoas sem nome e que tem pessoas que precisam de nós. E é claro que é uma utopia que todos que vão ter todas as oportunidades do mundo, mas de fazer um pouquinho por essa população já é demais porque essa população sempre foi relegada segundo plano e pra nós eles foram os protagonistas. Então isso foi muito impactante na minha vida, e eu entrei como uma menina de jaleco branco e saí como uma mulher, uma leoa (PASSARINHO DA MEDICINA).*

A analogia construída nessa fala encanta, eu confesso. Mas ela também diz muito, muito, sobre o que me refiro a respeito da formação para a democracia e os transbordamentos necessários para reorientar a formação em saúde. O que quero dizer com isso, corroborando com a ideia de formação global e cidadã proposta por Nussbaum (2015), e com os aspectos que permeiam as Diretrizes Curriculares Nacionais, é que o específico e singular do trabalho em saúde precisa transbordar questões outras, de mundo, de vida, de constituição de subjetividades,

movimento que foge e corre léguas do modelo de formação vigente. Entrar menina, de jaleco branco e sair uma mulher, leoa, que enfrenta o mundo, é a materialização do que significa a complexidade do trabalho e da formação na saúde.

Airton Krenak (2020), no prefácio do livro *(Re)existir na diferença*, nos apresenta exatamente esta reflexão. Ele refere que o debate sobre a saúde, não como um direito apenas, mas como um bem comum, precisa subverter as lógicas de ser e estar no mundo. No caso desta concepção de saúde que transborda a figura do trabalhador da área como um sujeito capaz de ter os conhecimentos referentes a ela, a produção de cuidado precisa estar no mundo, fora da perspectiva da mercadoria, do capitalismo, onde o saber é um capital, é patrimonial.

Portanto, seguindo a lógica de que o convívio com sociedades plurais e com os contextos variados onde a vida acontece são parte da composição técnica do trabalho, os sujeitos são envolvidos por uma experiência viva em ato, já podem sentir que estão em movimento para fora da captura. Aí, então, o saber, as práticas de cuidado, fluem de uma maneira vital, tirando os corpos do lugar de flagelados e pondo-os nesse lugar de fricção criativa. Eles deixam de ser esses objetos vulneráveis a qualquer peste, a qualquer ataque externo a sua ecologia, e os corpos viram ativos criativos, agentes criadores de histórias de vida, saem fora desse campo que a Medicina entende como saúde, criando corpos que estejam fora deste mercado da saúde (KRENAK, 2020).

*Nós da área da saúde, e odontologia se coloca algumas normas, algumas normas higienistas né. como escovar os dentes três vezes por dia, usar creme dental fluoretado né, ir no dentista regularmente...a gente coloca algumas normas né... A gente fica se perguntado assim, mas que normalidade dentária é essa? onde vem essas normas né? (BELCHIOR DA ODONTOLOGIA).*

*[...] quanto é importante pra formação, além da profissional, mas da consciência que a gente deve ter enquanto profissional dessa consciência social né, e pra isso tanto o projeto de extensão ele é muito importante, ele dá esse, ele faz com que o aluno se envolva né (PASSARINHO DO DIREITO).*

No contexto da formação em saúde, a perspectiva democrática se materializa na postura que defende a vida - todas elas - e que faz do processo do cuidado uma superação constante das dicotomias, tais como entre cuidados individuais/coletivos; atividades curativo-preventivas; especialistas/generalistas; unidades básicas/hospitais. Como afirma Souza (2009) em sua obra *Ralé Brasileira*, desvendar o que está por trás da debilidade dos serviços de saúde – que só se desvela quando provocamos encontros entre os sujeitos – é uma forma de compreendermos algo importante acerca da nossa sociedade: que ela segrega e classifica seus membros de forma a valorizar uns, em detrimento de outros.

Para Nussbaum (2015), a educação mais adequada para as novas gerações é aquela que as prepara para o convívio em sociedades plurais, diversas, no que se refere aos modos de ser e estar no mundo. Essa crise silenciosa evidenciada por ela, mostra o problema de estarmos nos esquecendo da alma, daquilo que é essencialmente necessário para ligar as pessoas com o mundo. Estamos nos esquecendo do que significa aproximar-se de outra pessoa como uma alma, ao invés vê-la e senti-la como um simples instrumento útil, ou um obstáculo aos seus próprios projetos. Estamos deixando para trás as inúmeras possibilidades de dialogar e construir relações como alguém que possui alma, com outra pessoa que consideramos igualmente profunda e complexa. Nesse sentido, é preciso que se abram espaços para que outros projetos de mundo possam incidir sobre a configuração dos cursos e da universidade, ampliando, assim, as relações entre a universidade e os diferentes modos de vida. Essa é a experiência viva em ato de uma formação para a democracia.

## **5.2 Formação para as humanidades: furando a bolha e reorganizando paisagens sobre o cuidado em saúde a partir da experiência da pandemia**



Assim como os filtros bolha, que são mecanismos materializados em algoritmos que constroem ambientes exclusivos e customizados com informações que chegam até nós via *web*,

as profissões em saúde também foram constituindo paisagens estáticas, ou melhor, bolhas exclusivas que demarcam modos de agir, pensar, produzir conhecimento e o lugar que cada uma ocupa no mundo. Bem como a crítica que se faz a esses “filtros”, onde se percebe a constituição de sujeitos que possuem dificuldade de escutar, estar com e construir a partir das diferenças, as formações em saúde ainda são redutos de reprodução de padrões e comportamentos, induzindo, portanto, à produção de subjetividades profissionais assujeitadas.

O PRCT, ao fazer convocações aos estudantes, professores, trabalhadores, gestores e comunidade para somar esforços e dar conta de um contexto extremamente ameaçador como a pandemia, se tornou uma possibilidade pedagógica de rompimento dessas bolhas, já que o contexto da experiência proposta retomava um exercício fundamental para desterritorializar tanto o cuidado, quanto o aprendizado: o encontro com o outro.

Para tentar evidenciar o que escutava cotidianamente nessa experiência, sistematizei os tantos furos produzidos nesses encontros, sendo eles evidenciados por três tipos de bolhas rompidas: uma que diz respeito à descoberta de realidades além dos muros da universidade, outra que evidencia aquilo que transbordou o singular da saúde e, por fim, aquela que evidencia a potência do afeto na produção de cuidado em meio ao contexto de pandemia.

### *Bolha 1: o mundo não é só a universidade!*

*Foi em um momento dramático que a gente conseguiu se experimentar, viver juntos de uma maneira mais intensa, e eu tenho certeza que essa experiência que a gente viveu ela vai acelerar e acelerou muitos processos porque vocês se multiplicaram em todos os lugares, vocês se multiplicaram na sala de aula, vocês se multiplicaram entre os professores, vocês se multiplicaram nas comunidades, as comunidades se multiplicaram e puderam dizer, expressa aí na voz da Edivânia, que querem que a gente esteja lá, porque nós temos que estar com ela, fazendo com ela, discutindo com ela, entendendo o que se passa no dia a dia (ELZA DA EDUCAÇÃO).*

A universidade e as escolas são, de fato, instituições complexas e permeadas por constantes disputas, lógicas e interesses. Esse dado evidencia, também, que as construções subjetivas de como se vive e se produz cuidado, além de como os sujeitos se constituem trabalhadores(as) de saúde, passam de forma intensa e singularizada por esse lugar.

Em consequência disso, esse lugar tão disputado vai criando resistências e mecanismos que controlam o que faz parte da sua “paisagem oficial”. Currículos, planos pedagógicos, avaliações, gestão e processos de trabalho são constituídos, arraigados no formato tradicional de ensino, onde se transmite conhecimentos e pouco se conecta com a produção de serviços e cuidados comprometidos com os sujeitos.

Segundo Ceccim e Ferla (2008, p. 4), a formação dos profissionais de saúde tem se mostrado um importante reservatório da resistência contra os avanços da cidadania em saúde, não absorvendo o histórico de lutas e projeto de sociedade, fragilizando-o, e desarticulando a cidadania conquistada. Tal cenário faz emergir necessidades de novos posicionamentos frente à perspectiva da saúde como direito de todos e dever do Estado, ou melhor, saúde como direito à vida com qualidade; como garantia à atenção integral, com privilégio da promoção e prevenção, sem prejuízo da recuperação e reabilitação dos estados de saúde; como expressão do andar a vida.

A pandemia, entretanto, provocou a Universidade a fazer “furos” em sua bolha e deixar entrar ar que vinha dos diversos contextos de incertezas, estranhamentos, deslocamentos e desafios. E esses ventos, assim como aqueles que no mundo da botânica carregam o “pólen”, trazendo a possibilidade de fazer germinar, produziram convocações pedagógicas inovadoras, já que a complexidade do trabalho a ser desenvolvido nessa experiência estava voltada àquilo que Merhy (2013) evidenciou como tecnologia leve, ou seja, aquilo que fosse das relações, comunicação e comportamento.

*A pandemia exigiu de nós movimentos que contraditoriamente mesmo tento como principal protocolo de proteção de distanciamento, nos aproximou como humanos e como profissionais das mais variadas áreas do conhecimento (PASSARINHO DA PSICOLOGIA).*

*Ironicamente né, a pandemia nos trouxe um momento tão nobre quanto o do compartilhamento, do coletivo, da leitura da realidade, da problematização e tudo isso a gente aprendeu juntos né, nenhum de nós aqui pode mencionar qualquer que seja vitória que não tenha sido do coletivo (BELCHIOR DA ODONTOLOGIA).*

O ar que perfurou as bolhas, materializado nas ações de enfrentamento à pandemia, evidenciou a composição de um cenário com diferentes vidas, escancarando, assim como a ausência de conhecimento sobre o vírus, uma oportunidade de descoberta e reinvenção.

*A nossa sensibilidade antes, era mais reduzida ao indivíduo que a gente estava enxergando na nossa frente né e com o projeto redes a gente conseguiu ampliar isso não só para aquele corpo, no caso (PASSARINHO DA MEDICINA).*

*Foi um prazer fazer parte deste projeto, que promoveu muito mais do que um crescimento profissional, o pessoal!! Com certeza foi o início de um trabalho interprofissional que só tem a crescer!! Esse grupo fez a diferença e aos nossos alunos, tenho certeza que voarão longe, para além dos muros da nossa universidade (BELCHIOR DA FISIOTERAPIA).*

Nessas falas são evidenciados aprendizados que o PRCT proporcionou ao derrubar os muros da universidade em meio ao contexto pandêmico. A oferta de uma formação viva em

ato, nos territórios onde o enfrentamento da pandemia estava ainda mais duro e difícil, foi um convite a furar a bolha de muitos dos envolvidos que, em inúmeros momentos, relatavam que “nunca haviam se deparado com aquelas realidades”. Mas, mais do que ver aquela realidade, a estrutura do PRCT permitiu sentir e produzir deslocamentos dos contextos ao quais, até então, eram reproduzidos em sala de aula ou então recortados pela prática voltada somente ao interior dos serviços de saúde da rede de atenção.

Fazendo memória daquilo que foi registrado no diário de campo, destaco a fala de um estudante, sentado no galpão sede do projeto, em uma das ocupações urbanas que atuamos. Ele disse:

*Conhecendo a Elza, eu aprendi o que significa e a importância da educação na vida das pessoas, porque ela teve oportunidade de estudar e hoje ela ajuda muito a comunidade (PASSARINHO DA NUTRIÇÃO).*

Assim como outras falas foram dando materialidade àquilo que significa permitir uma formação para além dos muros da universidade:

*Eu descobri que amo a saúde coletiva aqui no PRCT, pois antes a gente ficava só no posto de saúde, atendia um ou dois pacientes, e ficava lá trabalhando sozinho. Aqui não, aqui a gente conhece um monte de gente e trabalha com outras áreas (PASSARINHO DA NUTRIÇÃO).*

Soprando ventos e furando bolhas vamos longe. Ou melhor, construímos, nesse movimento, a possibilidade de, na vitalidade do encontro com o outro, exercitar o protagonismo na formação que considera diferentes contextos, que inventa coletivamente, que reflete criticamente e que, no desconforto do novo e no desassossego do contato com realidades onde a vida acontece, sair da “bolha” da universidade, operar sob a lógica do encontro micropolítico que produz cuidado (FEUERWERKER; CAPOZZOLO, 2013).

### *Bolha 2: a pandemia produzindo transbordamentos*

*Nós através do Projeto Redes de Cuidados Territoriais aprendemos a ver um indivíduo com um olhar mais amplo e isso vai fazer com que nós tenhamos uma formação diferenciada (PASSARINHO DA FONOAUDIOLOGIA).*

*Poder fazer parte do projeto e ter o conhecimento de tudo isso, de toda essa, da importância do trabalho da vigilância, de quanto teve de impacto na vida das pessoas, não tem preço, foi incrível e é uma experiência que não tem como colocar em palavras tudo que significou pra gente (PASSARINHO DA ENFERMAGEM).*



Mas, afinal, qual foi mesmo a convocação pedagógica feita pelo PRCT? Em meio ao contexto da pandemia, como se experienciou o sentido do trabalho e da formação em saúde? Em que perspectiva ela se ancorou? Que convites foram feitos aos estudantes, professores, trabalhadores, comunidade? O que ela diz sobre os desafios da reorientação da formação em saúde e sobre os modos de cuidar em saúde?

No dicionário, o verbo transbordar se caracteriza por “fazer sair ou sair fora das bordas”. Numa perspectiva figurada, evidencia ter em excesso, estar repleto. O que pretendo dizer com isso é que, a partir da análise dos discursos produzidos nesta experiência, podemos perceber que o PRCT transbordou aquilo que é tradicionalmente específico do campo da saúde, retomando a complexidade da produção de cuidado, que significa produzir saúde de forma colada nos diferentes modos de andar da vida.

Em memórias registradas no diário de campo, lembro das primeiras reuniões que tivemos com os residentes e estudantes com disciplinas e horas práticas a cumprir. O medo de ir a campo e se contaminar era gigante. As dúvidas com relação à organização e ao trabalho desenvolvido eram muitas, e o estranhamento ainda maior. O cenário não era mais o mesmo do habitual. A tarefa de cuidar não era mais a partir de uma técnica e, sim, através, exclusivamente, da relação que se estabeleceria a partir da visita domiciliar. A rede estava relativamente articulada com os equipamentos sociais do bairro, mas não sabíamos o que estava por vir, apenas imaginávamos que iríamos encontrar muitos casos de covid-19, considerando aquilo apresentado pelos dados epidemiológicos. Entretanto, eis que nos deparamos com a realidade da falta e um contexto que expressava a pandemia de outros modos, com outros significados.

Não era a covid-19 que assolava a comunidade. O que assolava aquele lugar estava ali fazia tempo. E nós, da universidade, não sabíamos disso, ou melhor, sabíamos, mas nosso modo de funcionar, nosso filtro, não deixava esse vento soprar. A realidade da falta até era de máscara, álcool gel, sabão. Mas era ainda maior a falta de cuidado para quem lá residia: a falta de acesso e de compreensão sobre os caminhos possíveis para cuidar da saúde. Havia falta de olhar cuidadoso, afetivo, cidadão, emancipatório, protagonista. Faltava política pública, saneamento, estrutura, faltava gente em casa, pois o trabalho para os mais pobres nunca parou. Faltava autocuidado, porque nas histórias de vida que escutamos não houve esse aprendizado. Faltava comida, dentes na boca, informação - muita informação. Sobravam muitas coisas: prescrição, demandas, descuidos, abandonos e descasos.

Faltava qualidade de vida. Faltava o SUS como política pública de acesso à saúde e faltava, por vezes, nossa compreensão sobre a dimensão do trabalho que estávamos desenvolvendo. No sentido de que a produção de cuidado e a nossa responsabilidade de estar

ali transbordava: técnica, formação específica, aplicação de questionário ou rastreamento de covid-19. Estávamos ali para, de fato exercitar, nosso papel de profissão cidadão. De fazer valer nosso agir-usuário e nosso agir-trabalhador. E acredito que, aos poucos, fomos descobrindo e revelando sentido naqueles tantos encontros que fizeram parte de nossas vidas durante quatro meses.

*Então assim, é uma coisa que está interligada, uma realidade que a gente não imagina, mas que acontece e que assim ó, são coisas pequenas, pequenas pra gente, que a gente acha, aí porque a pessoa não vai fazer, porque a pessoa não tem acesso, teve um senhor lá, que ele relatou que mora a anos ali na ocupação e ele não conhece o centro de Passo Fundo (PASSARINHO DO DIREITO).*

*Mas no projeto redes a gente pode atender, atender, não só atender no caso, escutar, ver, todas as possibilidades a pessoa dentro da sua casa né e isso trouxe algumas coisas bem, bem significativas assim pra gente, que foi perceber que muita coisa do processo saúde-doença não, não se manifesta só dentro do corpo orgânico, se manifesta também aonde a pessoa vive (PASSARINHO DA MEDICINA).*

Quando Nussbaum (2015) pontua e reconhece o abismo que uma educação voltada para o mercado promove, ela nos ajuda a pensar sobre os discursos acima. Ao evidenciar em seus estudos alguns pontos nevrálgicos que versam sobre os sujeitos e suas relações com o mundo, retrata que as experiências formativas tendem a se constituir sem foco e objetivos, quando não se consegue entender o papel dos sujeitos no processo educacional, bem como, não se criam estratégias pedagógicas que auxiliem e capacitem os sujeitos a problematizar situações complexas. A influência desse cenário formativo sem autoexame constitui uma cultura de desrespeito e individualismo, onde os sujeitos voltam-se apenas para questões centradas em si e, com isso, não exercitam o diálogo e a construção de uma perspectiva comum no convívio em sociedade.

Nesse sentido, no campo da saúde, Merhy (2013, p. 252) nos ajuda a pensar que, nessa experiência do PRCT, o encontro com realidades distintas e com a possibilidade de construir conhecimento conectado com situações reais, a partir de duas dimensões: o nosso agir usuário e nosso agir trabalhar em saúde. Para o autor, o agir usuário é imperativo para que o cuidado em saúde produzido seja direcionado para a defesa radical da vida do outro, como indivíduo e coletivo e, além disso, é preciso nessa relação trazer os elementos teóricos que os sujeitos possuem para estar e agir no mundo, pois sem eles reproduzimos lógicas de prescrições descontextualizadas, sendo levados a fracassos terapêuticos. Já a dimensão do agir trabalhador, que por vezes nos coloca em um lugar de um sujeito que possui certas capacidades para entender o problema de saúde e elaborar teorias sobre o outro como quase uma divindade, precisa ser

constantemente enfrentada, fazendo o exercício de perceber como o outro me afeta no encontro e o que fazemos com isso.

Portanto, cabe dizer que, nessa dimensão, a bolha que precisou ser rompida para seguirmos cuidando em saúde em meio à pandemia, diz respeito ao exercício de transbordar o cuidado e a formação tradicional em saúde para uma formação comprometida como os modos de organização da vida, na dimensão política, social, econômica, sanitária e civilizatória. E a aposta para essa conexão acontecer cabe aos encontros e aos compromissos éticos desenvolvidos sob a ótica de uma pedagogia implicada em produzir transformações nas paisagens já existentes.

Assim como afirmam Ceccim e Ferla (2008), as fronteiras recíprocas entre ensino e o exercício da cidadania se estreitam, posto que todo ensinar tem por finalidade construir uma potência que coloca um indivíduo ou coletivo em ato de cidadania, e todo ato de cidadania configura uma potência ao saber.

### *Bolha 3: o afeto é parte essencial do cuidado em saúde*

*E vou fazer um pedido a vocês agora como mulher e como gente, todas as vezes que vocês forem acolher no gabinete, no escritório, na rua de vocês, debaixo da árvore uma pessoa nunca trate só uma parte dela, tá bom? tente sempre olhar o todo e tente sempre olhar o afeto. O afeto cura dores que remédio e doutores não curam, mas o afeto cura e o afeto transforma, tá? E nós somos seres muito carregados de dores, mas o afeto nos transforma e vocês transformaram a nossa realidade, não porque vocês resolveram todos nossos problemas, mas vocês foram afetuosos, e afetuoso nos processos que vocês encaminharam, então minha gratidão em nome da nossa comunidade (MARIELLE).*

Nos primórdios da civilização, a Medicina não era concebida enquanto um saber científico e o cuidado se dava com base no conhecimento instintivo, na sensibilidade de cada um, na busca pelo conforto, o alívio da dor e sofrimento. Nesse momento, não havia se constituído um saber sobreposto aos demais e o “saber sobre” era reconhecido como algo de posse de todos, validado coletivamente (FRANCO; GALAVOTE, 2010).

Com o passar do tempo, as clínicas, o cuidado e saúde foram se estabelecendo sob regimes de verdade de um saber biomédico, em detrimento de outros saberes e toda a dimensão subjetiva do cuidado passou a ser desconsiderada e desqualificada.

Entretanto, nos movimentos de reorientação da formação em saúde, o resgate da dimensão humana e do desenvolvimento de habilidades e competências que versam sobre o cuidado comprometido com pensamento crítico, capacidades de resolver problemas complexos,

compartilhar o cuidado foram retomados, tornando-se peças-chave para fazer emergir práticas de acolhimento e qualidade de vida.

Diante dessa evidência, Ceccim e Ferla (2008, p. 9) apontam que os projetos pedagógicos que forem pensados para as formações em saúde não precisam e não podem ser restritos ao âmbito profissional, eles podem, sobretudo, permear as relações humanas, o acolhimento e a própria qualidade de vida dos trabalhadores, pois se refletem em seu prazer, sua saúde, sua autoestima, seu caráter, seu humor, seus hábitos; vão além do ambiente de trabalho ou da sala de aula, extrapolando para o mundo da vida. O ensino e a assistência deveriam se voltar às várias instâncias de produção da vida, pois o que produz a existência é a busca de cada vez mais saúde no processo de viver.

Diante desse contexto e do discurso apresentado pela liderança de umas das comunidades onde o PRCT atuou, algumas inquietações emergem neste texto: será o afeto, um dispositivo potente para reorientar a formação em saúde? Se sim, o que faz emergir o afeto na formação e na produção de saúde? Qual o seu papel? O que significa afetar-se com algo ou alguém?

Para Spinoza (2009 apud SANTOS; RIBEIRO, 2020), o afeto nada mais é do que as afecções do corpo, pelas quais a potência de agir é aumentada ou diminuída, estimulada ou refreada, e, ao mesmo tempo, as ideias dessas afecções. Nessa perspectiva, o filósofo que tem em sua produção a essência de convidar-nos a perder medos de viver em ato, nos ajuda a começar a entender o papel do afeto na produção de cuidado.

Ainda sob análise de Santos e Ribeiro (2020), a compreensão das afecções de Spinoza evidencia que o movimento de afetar-se pode ser alegre ou triste, evidenciando que, quando o corpo se move por paixões, ele pode aumentar ou diminuir a sua capacidade e potência de agir. Nessa perspectiva, não há negação da razão como um instrumento prático de exercício de liberdade, mas, sim, um reconhecimento de que a liberdade também está vinculada a maneira de se relacionar com essas paixões que passam pelo corpo de qualquer sujeito ao experimentar no mundo.

Ao reconhecer que o afeto passa pelo corpo e que, no contexto da saúde, a produção de cuidado como prática intercessora se constitui a partir da integração das relações que se estabelecem entre os sujeitos, entre dois corpos, estamos afirmando que o afeto pode, sim, ser estratégia de rompimento e de constituição de novas formas de estar e agir no mundo do cuidado. O desafio, portanto, é tornar vivo esse reconhecimento das práticas de saúde no cotidiano. Quando reconhecido o afeto, a prescrição é realizada conectada com a vida dos

sujeitos, o plano terapêutico é construído conjuntamente, o *setting* armado para o cuidado é variado, as relações são horizontais e a construção de conhecimento é plural.

*Quantas queixas, a gente foi, colocou nossos ouvidos né, a gente foi ouvinte, quantas queixas a gente escutou, quantas dores que relataram pra nós, quantas frustrações, quantos pedidos né, de demandas, tem uma linguagem também nessa população que a gente tem que enxergar (BELCHIOR DA ODONTOLOGIA).*

*Proporcionou inúmeras experiências, fez com que nos olhasse a comunidade como um olhar mais humano e empático (PASSARINHO DA ENFERMAGEM).*

*Como a população foi afetiva conosco, quanto o lado emocional elas colocaram, quantos sorrisos né, mesmos sorrisos desdentados né, quantos carinhos a gente recebeu né, quem acolheu quem, nós acolhemos essa população, a rede, ou nós fomos acolhidos por essa população né (BELCHIOR DA ODONTOLOGIA).*

No contexto da saúde, como de costume, fomos criando núcleos de resistências permeados pela aposta no afeto. Alguns movimentos foram sendo materializados por políticas, concepções teóricas, especialmente as advindas da saúde coletiva, bem como através de experiências que induzissem acontecimentos e encontros afetivos.

A Política Nacional de Humanização (PHN) foi uma dessas estratégias. Com nascimento em 2003, a PNH induz a construção de processos coletivos de enfrentamento das relações de poder, trabalho e afeto que, muitas vezes, produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2013, p. 3).

O acolhimento, a gestão participativa, a clínica ampliada, a defesa dos direitos dos usuários, entre outras diretrizes, circundam aquilo que abre possibilidade de construirmos relações de cuidado baseadas na afetividade que a comunidade espera, que o trabalhador pode experimentar e que a pandemia, por seu contexto de crise sanitária e civilizatória, pôde abrir, com novas possibilidades de experimentar uma outra formação, outras convocações pedagógicas, em rede e conectadas com a vida real e cotidiana.

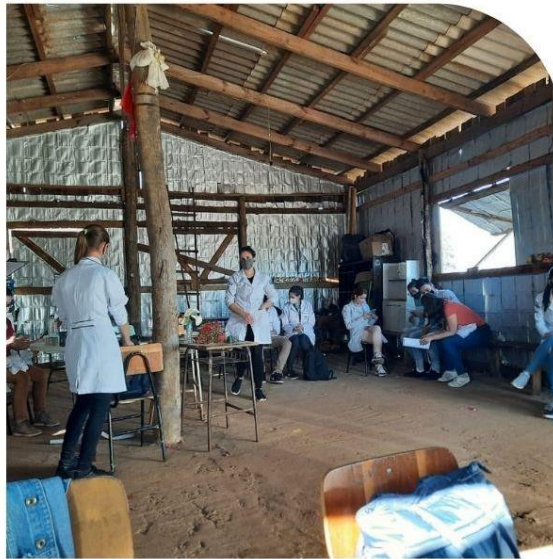
Outro elemento, suscitado pelo contexto da pandemia e pelo PRCT, que abriu oportunidade de ressignificação foi exatamente a possibilidade de ter de reorganizar a rede de atenção à saúde. Devido ao contexto da pandemia e suas recomendações com relação aos protocolos de segurança e de inibição da transmissão do vírus, a rede em todos os seus pontos foi reorganizada. Na atenção básica, as unidades de saúde já não podiam acolher e comportar o número de estudantes como vinha ocorrendo (ainda bem, pois as cenas tradicionais de 1 paciente e 10 alunos observando foram impossibilitadas do cenário prático). Assim, tivemos que ir a campo, sair dos muros da universidade e dos serviços de saúde, indo onde a vida estava

acontecendo. Levamos o jaleco branco, mas estávamos expostos a compor ele com outros tons e outros significados, devido ao contexto inusitado que nos esperava no território. Mudamos os tons de branco com ajuda dos cachorros que andavam conosco e pulavam em nós com suas patas sujas de barro, com a água suja das poças da chuva que havia caído no dia anterior, com a parada pra comer uma fruta da árvore da vizinha, ou mesmo para uma partida de futebol na rua com as crianças. Além de que, nos dias de frio, o jaleco ganhava composições, com as jaquetas por cima, e no calor de territórios que não tinham muita sombra, eles iam parar amarrados na cintura.

O PRCT circulou por diferentes espaços, portanto, aquilo que era da ordem do inusitado permeou nosso fazer cotidiano nas comunidades. Aquilo que o território aprontava para nós, guiava a construção das nossas intervenções e, por isso, nossas vulnerabilidades se aproximaram. Cada comunidade expôs sua vida em tempo real, e nós não tínhamos brecha para acessar o protocolo nos livros, muito menos de deixar esperando muito tempo, portanto vivemos e produzimos cuidado no encontro vivo em ato.

Assim como afirmam Lazzarotto e Carvalho (2012), o afeto denuncia que algo está acontecendo, e nosso saber é mínimo nesse acontecer. Sinaliza a força de expansão da vida e da atividade que podemos viver. A tensão se instala e vamos em frente, na busca de lidar com essas questões. O que pode nos amparar nesse processo, então, são exatamente as organizações pedagógicas que permitem furos, porosidades e construções cotidianas.

### 5.3 Reorientação da formação em saúde: o quadrilátero materializando possibilidades de inovação no ensino



*Penso que esse projeto pode ser muito importante e são muito importante se os acadêmicos que vão até os territórios tiverem duas atitudes. Primeiro: se despir dos seus preconceitos e enxergar as pessoas como elas são. Quem são as pessoas que estão nesses territórios? Quais são as suas necessidades? Porque elas estão aqui? Então quando você consegue enxergar o sujeito enquanto pessoa de direito e de deveres, você vai conseguir fazer um trabalho de humanização, de enxergar, de proximidade. Então eu não vou só olhar a pessoa que está buscando os seus direitos na saúde. Não, eu vou pegar aquela pessoa que faz parte de um território e que pode ter um olhar de forma humanizada. Então a questão da humanização. Isso faz com que os estudantes, possam eles fazer também o seu processo de crescimento, do seu crescimento de humanização, que é se despir, se aproximar e cuidar de quem de fato está precisando ser cuidado e cuidada (MARIELLE).*

*Vocês como estudantes e nós como comunidade, tivemos só ganhar com a decisão de vocês de abrir a porta e colher esse desafio louco no momento assim de pandemia, que inclusive nós estávamos cobrando do município de Passo Fundo o olhar para as ocupações, para as comunidades de periferia, porque a gente estava além do medo também (MARIELLE).*

A complexidade, diversidade e amplitude da produção da vida humana exigem (ou até obrigam) a formação de pessoal com qualificação para a compreensão e intervenção intersetorial, segundo estratégias de promoção da saúde como qualidade da vida (potencialidade conceitual de que a saúde seja a produção da vida no coletivo). Para dar conta deste objetivo, o conceito de “quadrilátero da formação” reúne ensino, atenção, gestão e controle social em saúde. Esse conceito é resultante do processo de reflexão e construção de inovações para uma

política nacional de formação e desenvolvimento de profissionais de saúde, com caráter de educação permanente, isto é, uma gestão da formação integrante do cotidiano do Sistema de Saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004a).

A noção de quadrilátero tenta dar vida aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, garantindo que haja encontros permanentes entre a educação a saúde, apostando assim, na dimensão pedagógica desses dois lugares. A noção de “quadrilátero da formação” embasa uma invenção do SUS para marcar o encontro da saúde com a educação. Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde é uma política que sugere uma relação orgânica entre o ensino através da educação formal, educação em serviço, educação continuada, o trabalho a partir das lógicas de gestão setorial, práticas profissionais, serviço e a cidadania materializada através do controle social, práticas participativas, alteridade com os movimentos populares, ligações com a sociedade civil (CECCIM; FERLA, 2008).

*O desafio e o sonho é que vocês pudessem voltar (MARIELLE).*

*Essa rede de integrações ela foi mostrando isso, para a universidade e para os estudantes vejo que é a mais pura e verdadeira o sentido da palavra “viver projeto”, porque enquanto pedagoga eu entendo o projeto assim, quer dizer que ali tem o problema, ali tem a pergunta, ali tem o desafio, ali tem a problemática e uma rede de pessoas, uma rede de sujeitos, uma rede de cursos e de áreas vão olhar pra isso com diferentes olhares (ELZA DA EDUCAÇÃO).*

*Projeto ele emergiu das necessidades né que essa pandemia foi nos impondo, mas ele proporcionou essa experiência da integração, do ensino, serviço e comunidade, onde todos trabalharam por um objetivo em comum. Que eu penso na verdade esse é o grande desafio da integração ensino, serviço e comunidade, porque muitas vezes o que acontece no processo, os objetivos são distintos porque existem os objetivos de aprendizado do estudante, tem aquilo que o profissional da saúde espera e necessita naquele momento e tem o que a comunidade necessita. E eu penso que nesse projeto foi possível a gente trabalhar com esse objetivo comum, talvez esse seja o grande desafio né (ELZA DA SAÚDE).*

Como a Universidade chega nas comunidades? Como a comunidade percebe a presença da Universidade? E os serviços de saúde têm algum retorno efetivo do papel da Universidade? Ancorei esses questionamentos na figura da Universidade não para reproduzir a lógica de que o conhecimento está neste espaço, mas, sim, para seguir provocando essa instituição que historicamente fez e faz uso de muitas relações hierarquizadas a partir de um suposto saber.

Tais questões vão ao encontro de um dos grandes desafios vividos nos contextos das Universidade: a articulação entre ensino-pesquisa-extensão. Ao tentar construir um percurso articulado com demandas reais da comunidade, o PRCT nasceu permeado por um caráter extensionista, ao passo que se constituiu de modo dialógico e crítico frente aos cenários que emergiam no contexto da pandemia. Entretanto, a veia ligada à “prima pobre” do tripé da



Universidade, ou seja, a veia extensionista da experiência de aprendizado permitida pelo contato cotidiano com os territórios, tornou o processo de aprendizagem, de ensino e de investigação em meio à pandemia uma sala de aula a céu aberto, que em muitos momentos foi capaz de co-produzir conhecimento para a transformação social. Co-produziu respeitando a comunidade, escutando, estando com. Como afirma Humberto Tomasino, em entrevista publicada na Revista Experiência:

*Si los procesos de enseñanza y aprendizaje se dan fuera del aula, se generan y operan en terreno junto a los actores sociales, partiendo de sus problemas, intentando junto con ellos encontrar alternativas, esta situación reconfigura el acto educativo y fundamentalmente redimensiona el poder que circula en los diferentes actores del proceso. Aquí operan varios sub procesos que des-estructuran el acto educativo tal cual lo conocemos intra muros o en el aula. Se reconfigura el rol docente cuando cambiamos el aula por la realidad misma, el trabajo docente a la “intemperie del aula” jaquea el rol docente convencional (SCHWAAB, 2015, p. 135).*

Com um cenário desmontado, a universidade, via PRCT, foi para os territórios em um tempo diferente, com redes articuladas de maneira nova e exigida a apresentar também um novo posicionamento, pois a pandemia colocou um *delay* entre o que estava acontecendo na vida e a preparação protocolar da ciência que tem historicamente verdades e respostas a tudo. Não estou dizendo com isso - assim como o governo Bolsonaro - que a produção científica não tem valor e não contribuiu para a construção de desenvolvimentos importantes para a humanidade - o que estou querendo dizer é que essa convocação provocada pela pandemia, demonstrou a potencialidade da ciência quando ela se conecta direta e concretamente com as diferentes realidades sociais.

A noção e os discursos produzidos pelos diferentes atores que fizeram parte do PRCT, projeto ancorado no quadrilátero da formação em saúde, nos deram mais uma pista do que o contexto da pandemia mobilizou para reorientar a formação em saúde. Reafirmando a relação de horizontalidade, de mãos dadas, de aprendizados mútuos, de reconhecimentos e de respeito às diferentes realidades demonstram o quanto a experiência viva em ato e o encontro são os verdadeiros mobilizadores de transformação nos modos de cuidar.

*E certamente assim, a universidade acolheu a prefeitura, e a prefeitura acolheu a universidade né, então a gente vê que realmente foi um processo conjunto onde andamos de mãos dadas né, eu acho que foi bem assim, uma parceria de fato que foi algo importante para todos nós né, e a comunidade então nem se fala, a comunidade foi algo essencial, poder chegar nessas casas e poder ver como as pessoas estavam (ELZA DA SAÚDE).*

*Pra nós aqui foi muito importante, porque a gente tem uma demanda muito grande sabe, em questão de saúde né, precariedade, tudo. E muitas pessoas apresentou várias*

*queixas né em relação de cuidados, atendimento, faltas de disso falta daquilo. E foi importante para os colegas saberem da realidade nossa aqui, porque às vezes é bem difícil a gente fazer tudo aquilo que a gente quer (FOREST).*

*Eu quero dizer que foi muito importante a presença de vocês aqui com nossa comunidade, a gente aprendeu muito com vocês e também vocês com certeza tiveram realidades na vida que nem sequer tinha conhecimento né. Então eu acho que vocês abrangeram uma presença que ninguém tinha feito aqui com a gente (MARIELLE).*

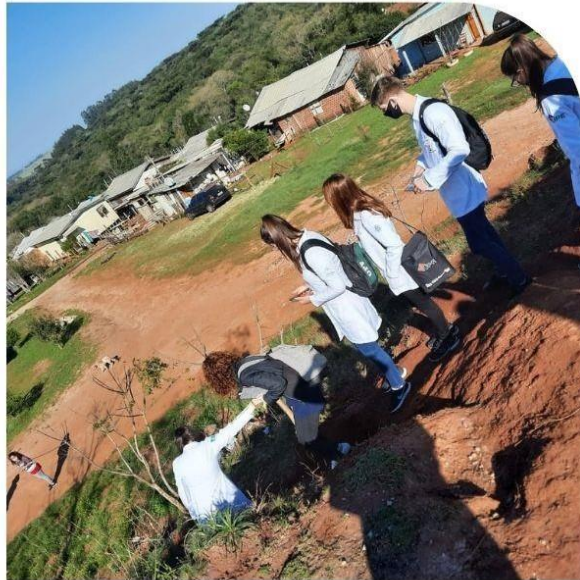
*Importância dessa consciência para formação do meio social né, onde é fundamental a interação entre os alunos, os profissionais e a comunidade, foi o que o projeto de extensão me trouxe né, onde se verifica a importância disso para criação dessa consciência social, através dos projetos de extensão, para que se busque né, de fato uma sociedade pautada na equidade, cabendo a nós, a nós termos essa conscientização e agir de forma a buscar diminuir essas diferenças em nossa práticas, no sentido de contribuir positivamente no meio social, quando temos um compromisso social, verificamos que é possível transformar realidades que são ignoradas por parte, por grande parte da sociedade (PASSARINHO DO DIREITO).*

Um projeto educativo que extrapola a formação técnica-científica e que ganha forma a partir das relações e práticas que se estabelecem entre os sujeitos envolvidos no processo de cuidado garante tudo aquilo que Nussbaum (2015) e Merhy (2013) nos dizem sobre as características importantes para se garantir uma formação democrática, cidadã, humanizada e coletiva. A formação e o trabalho em saúde devem instaurar práticas que apoiem usuários e ampliem suas capacidades de pensar os contextos sociais e culturais.

Como afirmam Ceccim e Feuerwerker (2004b), o papel de constatar a realidade e de produzir sentidos, no caso da saúde, pertence tanto ao SUS como às instituições formadoras de suas profissões. Cabe ao SUS e às instituições formadoras coletar, sistematizar, analisar e interpretar, permanentemente, informações da realidade, problematizar o trabalho e as organizações de saúde e de ensino, além de construir significados e práticas com orientação social, mediante participação ativa dos gestores setoriais, formadores, usuários e estudantes.

A estrutura do quadrilátero da formação em saúde, portanto, abre espaços de interações e relações constituídas, também, pelo conflito. Essa roda, onde todos têm vez e voz, se conforma através de forças desejanças e micropoderes que se inter-relacionam através de intencionalidades, subjetividades e agenciamentos que compõem os encontros que são, muitas vezes, conflituosos e determinam a natureza das relações constituídas no cotidiano de trabalho dos sujeitos. E aí encontramos possibilidades de dar sentido à produção de cuidado e sentir as afecções produzidas nesse acontecimento.

## 6 TRANSBORDAMENTOS FINAIS: O QUE APRENDEMOS E O QUE VAMOS LEVAR NA NOSSA CAIXA DE FERRAMENTAS



*É muito lindo esse projeto e eu espero que ele continue e que, pensando assim, numa universidade que é comunitária eu acho que esse projeto ele é muito simbólico né, nesse sentido que como ele pode se inserir nas comunidades, nessas várias comunidades que a gente pode atuar e isso é muito importante e é uma forma assim, de colocar em prática, eu digo assim, muito isso, de colocar em prática isso que a gente vê tanto na teoria né e a gente só consegue ver isso a partir de uma realidade onde a gente também consegue se inserir né (PASSARINHO DA PSICOLOGIA).*

*Acho que um processo de educação democrática, libertadora né, que promove autonomia como as meninas trouxeram Paulo Freire ali, eu acho que é uma educação que realmente, ela vai fazer muita diferença nesse grupo e certamente vocês serão profissionais que vão conseguir fazer essa diferença no cuidado e o que tocou os professores né, eu acredito que vai também nos trazer mais assim, mais ânimo né pra quem está a tantos anos aí lutando pelo processo de reorientação (ELZA DA SAÚDE).*

Neste trabalho busquei falar sobre um acontecimento (pandemia), uma experiência (PRCT) e sobre as descobertas que foram possíveis a partir dos encontros produzidos na relação desses dois.

Ao analisar os discursos dos envolvidos no PRCT, tínhamos a intencionalidade de descortinar elementos que nos ajudassem a seguir pensando os movimentos de reorientação da

formação em saúde, entendendo que o contexto da pandemia suscitou em todos nós mudanças profundas no que se refere aos modos de organizar a vida. Este trabalho tratou de resgatar muito do que já foi produzido e pensado sobre a reorientação da formação em saúde, bem como das crises que, antes mesmo da pandemia, já atravessavam as políticas de saúde e de educação. Mas, também, capturar esse momento tão importante da história da humanidade e debruçar esforços em sistematizar a partir da experiência quais afetos, sentimentos, compreensões e sentidos os sujeitos envolvidos puderam construir em meio a esse cenário.

Essa análise pretende renovar as ciências, reinventar as possibilidades de existências e de emancipação social e libertar, com isso, a democracia das formas de poder às quais ela foi aprisionada nas últimas décadas (SANTOS, 2001 apud FERLA et al., 2020b).

O PRCT foi vivido de diferentes formas, em diferentes tempos, dando a ele, portanto, status de experiência possível em um contexto pandêmico. No exercício de cuidado proposto, vozes e vidas ecoaram e auxiliaram a derrubar muros da Universidade a partir de uma rede de solidariedade, de reorganização pedagógica e de desafios a serem enfrentados coletivamente.

Assim, pensar a reorientação da formação em saúde tornou-se um compromisso cotidiano em cada experiência vivida, pois, naqueles encontros, tudo era passível de aprendizado e ressignificação, fosse pelas bolhas furadas ao contactar com realidades distintas ou pela potencialidade de, no encontro, levantar questões, investigar, interrogar paisagens já existentes.

Ao retomar o objetivo inicial da pesquisa, que era compreender o potencial de uma estratégia de enfrentamento da pandemia como movimento inovador e qualificador da formação democrática e integral na área da saúde, tomo a liberdade de, através de verbos/ações que representam o movimento desse contexto que ainda segue nos constituindo, trazer alguns elementos/aprendizados para compor aquilo que Merhy (2013) chamou de “caixa de ferramentas”, figura que evidencia os conceitos- ferramentas do processo de cuidado em saúde.

Lembrando que a aprendizagem, aqui, é entendida assim como evidencia Kastrup (2013, p.153):

[...] atividade inventiva, pertence ao mundo dos movimentos. Longe da sensação apaziguadora em territórios pré-organizados ou de quem já desistiu de desejar, entregando-se ao desejo do outro que se responsabiliza pelos efeitos da tarefa, a aprendizagem é uma atividade da educação problematizadora. Trata-se do movimento tensionador entre o saber anterior e a experiência presente, inventor de novidade. Nem por isso é algo excepcional, privilégio de artistas ou cientistas. É da natureza do fazer educacional pensar problematicamente, analisar, não os comportamentos, nem as ideias, mas as práticas refletidas e voluntárias por meio das quais os homens tanto se fixam regras de conduta quanto procuram modificar-se em seu ser singular.

Nesta caminhada até aqui, e no exercício cotidiano de trabalhar com as composições feitas no PRCT, é fato que as estratégias centrais para reorientar a formação em saúde são as apostas na incorporação de tecnologias leves no cuidado, no aprendizado, que acontece de forma permanente e articulado com os diferentes atores que fazem parte dessas relações, em uma pedagogia que instiga a perguntar, pesquisar, afetar e cuidar, em todos os espaços da rede. O contexto da pandemia adicionou algo a mais nesse processo que já vinha sendo problematizado e estudado por todos nós, sendo necessário: o inusitado gera convites e se o incorporamos no nosso fazer, existem grandes possibilidades de produzirmos inovações. Para tanto, sugiro os seguintes convites para dar continuidade ao enfrentamento da pandemia e aos movimentos suscitados por ela:

*Vamos mergulhar juntos nas experiências?*

A partir do território inusitado, onde a pandemia se instalou, aprendemos juntos. O saber conjunto, portanto, requer um convite à produção de um comum de experiências que nos aproximem, primeiramente afetivamente, para podermos nos enxergar nesse encontro, mas, também, que possamos encontrar e produzir experiências formativas de compartilhamento, de construção conjunta, discussão, debate, encontros e decisões compartilhadas.

Tudo é importante nesse encontro. O território aberto, a aproximação com a comunidade, a flexibilização curricular, a problematização, a geração de perguntas e desafios, a conexão com diferentes realidades, o vínculo com a rede. Para estar junto é preciso movimentar, para estar junto é preciso oportunidade. Para estar junto é preciso cuidado.

*Vamos transbordar aquilo que é específico?*

Para dar conta de realidades complexas e fazer do cuidado em saúde uma prática intercessora que desterritorializa saberes instituídos, é preciso deixar entrar, na prática do cuidado, elementos que vão além da dimensão técnica das profissões. O convite, aqui, é para compor esse processo de dimensões civilizatórias, que aproximem os sujeitos com o mundo, que desenvolvam práticas que visem o bem comum, que reconheçam as forças e disputas que permeiam os modos de andar a vida e que se constituam processos de trabalho em saúde capazes de fomentar a radicalidade da defesa da vida.

Considerando a conquista de possuímos um SUS, que carrega princípios democráticos como a universalidade, integralidade, equidade e a participação social, mesmo com todos os seus desafios, é urgente, por meio da formação, construir experiências que garantam a dimensão

política do que significa trabalhar com uma política pública dessa envergadura. E, nesse sentido, a pandemia tem contribuído para dizer a quem e ao que o SUS veio! O transbordamento na formação em saúde para a postura de defesa do SUS é condicionante de um sistema de saúde pleno e civilizador.

*Vamos deixar emergir os afetos no cotidiano do cuidado em saúde?*

Façamos um manifesto: não aceitamos mais experiências formativas sem afeto! E justifiquemos: porque o afeto é revolucionário! A afetividade que percorre nossos corpos gritou durante a pandemia. Fomos mobilizados de todas as maneiras. Ficamos angustiados e com medo. Entristecemos pelas mortes e pela vida negligenciada. Comemoramos cada passo dado pela ciência. Sentimos vontades de gritar, chorar, desistir, enfrentar! Isso aconteceu porque nos afetamos! O convite, aqui, é que possamos abrir fissuras nos processos de trabalho e formação em saúde. Fissuras que deixem permear nosso fazer desses sentimentos que nos ligam às pessoas, ao mundo, ao cuidado genuinamente humano.

A discussão do processo de trabalho proposta na Política de Educação Permanente abre caminhos para o afeto! Ela reafirma a dimensão pedagógica do cotidiano de trabalho em saúde e, com isso, coloca em debate o quanto olhar para si, para nossos fazeres e práticas criticamente, nos torna sujeitos implicados com a dimensão humana das relações de cuidado. Ao afastarmos, percebemos que nossas questões são feitas de, nada mais, do que vida! Uma vida que é nossa, mas que passa pela dimensão do outro! É nesse reconhecimento que o sentido de experiências vivas em ato acontece e reorienta as nossas práticas.

Vocês topam esses convites? Vamos juntos aos territórios onde a vida acontece?

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, R. et al. A matemática, a estatística e a ciência em geral na pandemia da Covid-19 no Brasil. **Os desaparecidos da Covid-19**, São Paulo, v. 6, p. 17-31, 2020.

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A integração ensino-serviço no contexto dos processos de mudança na formação superior dos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 3, p. 356-362, 2008.

ALMEIDA, C. ‘Make science great again’? O impacto da Covid-19 na percepção pública da ciência. **Dilemas: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social**, Rio de Janeiro, p. 1-24, maio 2020. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/41506/2/ALMEIDA-make-science-2020.pdf>. Acesso em: 28 jul. 2021.

ANTUNES, R. **Coronavírus: o trabalho sob o fogo cruzado**. 1. ed. São Paulo: Boitempo, 2020.

BATISTA, N. A. Educação Interprofissional em saúde: concepções e práticas. **Caderno Fnepas**, v. 2, jan. 2012.

BERTOLIN, J. C. G; DALMOLIN, B. M. As universidades comunitárias e a emergência de mercados na educação superior: entre a pressão da competição e o diferencial dos valores acadêmicos. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação**, v. 30, n. 1, p. 139-159, jan./abr. 2014.

BOLETIM DIREITOS HUMANOS NA PANDEMIA: mapeamento e análise das normas jurídica de resposta à Covid-19 no Brasil. São Paulo: Instituto Conectas Direitos Humanos, n. 10, 2020.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2021]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 19 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Resolução nº 335, de 27 de novembro de 2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2004/Reso335.doc>. Acesso em: 28 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 492, de 23 de março de 2020**. Institui a Ação Estratégica “O Brasil Conta Comigo”, voltada aos alunos dos cursos da área de saúde, para o enfrentamento à pandemia do coronavírus (COVID-19). Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/CCIVIL\\_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20492-20-MS.htm](http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/Portaria/PRT/Portaria%20n%C2%BA%20492-20-MS.htm). Acesso em: 28 jul. 2021.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 29 jul. 2021.

CAMPOS, G. W. S. A defesa do SUS depende do avanço da reforma sanitária. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 64, p. 5-8, jan./mar. 2018a.

CAMPOS, G. W. S. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018b.

CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (org.). **Clínica Comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface**, v. 9, n. 16, p. 161-77, set. 2004/fev. 2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trabalho, educação e saúde**, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004a.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. M. C. Quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004b.

CECCIM, R. Interprofissionalidade e experiências de aprendizagem: inovações no cenário brasileiro. *In*: TOASSI, R. F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde**: onde estamos? Porto Alegre: Rede Unida, 2017. (Série Vivência em Educação na Saúde). p. 49-67.

COSTA, D. A. S. et al. Diretrizes curriculares nacionais das profissões da Saúde 2001-2004: análise à luz das teorias de desenvolvimento curricular. **Interface**, v. 22, n. 67, p. 1183-1195, 2018.

COSTA, M. V. A potência da educação interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas no trabalho em saúde. *In*: TOASSI, R. F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde**: onde estamos? Porto Alegre: Rede Unida, 2017. (Série Vivência em Educação na Saúde). p. 14-27.

DALBOSCO, C. A. Educação superior e os desafios da formação para a cidadania democrática. **Avaliação da Educação Superior**, v. 20, n. 1, p. 123-142, 2015.

DOWBOR, M. Sergio Arouca: construtor de instituições e inovador democrático. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, p. 1431-1438, 2019.

FERLA, A. A. et al. A Saúde Coletiva em tempos de pandemia: conhecimentos e tecnologias em rede para o trabalho em saúde. *In*: FERLA, A. A. et al. (org.). **A pandemia e a saúde coletiva**: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano. São Leopoldo: Oikos, 2021. p. 7-22.

FERLA, A. A. et al. Os vários percursos de um ensino na saúde que quer encontrar e fortalecer as saúdes das pessoas: os sinais que vem de uma história vivida intensamente. *In*:



FERLA, A. A. et al. (org.). **Quando o ensino da saúde percorre territórios**: dez anos da Coordenadoria de Saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2020a. p. 15-24.

FERLA, A. A. et al. Um paradoxo civilizatório: a pandemia como desafio ao ensino e trabalho na saúde e como afirmação das vidas. **Revista Saúde em Redes**, v. 6, n. 2, supl. 2, 2020b.

FERLA, A. A.; TOASSI, R. F. C. Formação interprofissional em saúde: um caminho a experimentar e pesquisar. *In*: TOASSI, R. F. C. (org.). **Interprofissionalidade e formação na saúde**: onde estamos? Porto Alegre: Rede Unida, 2017. (Série Vivência em Educação na Saúde). p. 7-13.

FEUERWERKER, L. C. M.; CAPOZZOLO, A. As mudanças na formação dos profissionais de saúde: alguns referenciais de partida do eixo TS. *In*: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (org.). **Clínica Comum**: itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec, 2013.p.35-58.

FEUERWERKER, L. C. M. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

FEUERWERKER, L. C. M. (org.). **Micropolítica e saúde**: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede Unida, 2014.

FLEURY, S. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 743-752, 2009.

FRANCO, T. B.; GALAVOTE, H. S. Em busca da clínica dos afetos. *In*: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. (org.). **Semiótica, afecção e cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 176-199.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. *In*: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (org.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 64-89.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIMENEZ, A. M. N.; SOUZA, G.; FELTRIN, R. B. **Universidades brasileiras e Covid-19: fortalecendo os laços com a sociedade**. 2020. Disponível em: [https://portal.ige.unicamp.br/sites/portal8.ige.unicamp.br.portal/files/eventos/2020-04/Boletim%20\\_Final.pdf](https://portal.ige.unicamp.br/sites/portal8.ige.unicamp.br.portal/files/eventos/2020-04/Boletim%20_Final.pdf). Acesso em: 28 jul. 2021.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 757-762, 2010a.

GONZÁLEZ, A. D.; ALMEIDA, M. J. Movimentos de mudança na formação em saúde: da medicina comunitária às diretrizes curriculares. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 551-570, 2010b.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. *In*: OLIVEIRA, R. G.; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR, W. V. (org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2009. p. 159-197.

GUTIÉRREZ, J. D. La construcción educativa del nuevo sujeto neoliberal. **El Viejo Topo**, n. 320, p. 38-47, set. 2014.

GUTIÉRREZ, J. D. La gran evolución educativa. **Papeles de relaciones ecosociales y cambio global**, p. 73-84, 2013.

HADDAD, A. E. A enfermagem e a política nacional de formação dos profissionais de saúde para o SUS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 1803-1809, 2011.

KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 8, n. 1, p. 49-69, 2001.

KRENAK, A. Saúde! Um negócio de outro mundo. *In*: MERHY, E. E.; MOEBUS, R. L. N. **Re-existir na diferença**. 1. ed. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). *E-book*. p. 10-14.

KROEFF, R. S.; GAVILLON, P. Q.; RAMM, L. V. Diário de Campo e a Relação do(a) Pesquisador(a) com o Campo-Tema na Pesquisa-Intervenção. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 20, n. 2, p. 464-480, 2020.

KASTRUP, V. Um mergulho na experiência: uma política para a formação dos profissionais de saúde. *In*: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. (org.). **Clínica Comum: itinerários de uma formação em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2013. p-151-186.

LAZZAROTTO, G. D. R.; CARVALHO, J. D. Afetar. *In*: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. J. D. (org.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 23-25.

MACHADO, M. H.; NETO, F. R. X. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1971-1980, 2018.

MAINARDES, J. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 27, n. 94, p. 47-69, jan./abr. 2006.

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

MENDONÇA, C. S. et al. Resposta assistencial de um serviço docente assistencial de APS à pandemia do COVID-19. **Revista da Rede APS**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 33-37, abr. 2020.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. *In*: MERHY, E. E. et al. (org.). **Avaliação compartilhada do**

**cuidado em saúde:** surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 59-72.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 310-315, set./dez. 2003.

MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2001.

MONTANARI, P. M. Formação para o trabalho no ensino das graduações em saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 980-986, 2018.

MÜHL, E. H.; KOHLS, R. C. O sentido de uma vida examinada: a importância da pedagogia socrática na educação contemporânea. **Revista Diálogo Educacional**, Curitiba, v. 19, n. 61, p. 862-881, abr./jun. 2019.

NUSSBAUM, Martha. **Sem fins lucrativos:** por que a educação precisa de humanidades. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2015.

PEDUZZI, M. Educação Interprofissional para o desenvolvimento de competências colaborativas em saúde. In: TOASSI, R. F. C. (Org.) **Interprofissionalidade e formação na saúde: onde estamos?**. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2017. p.40-48.

OLIVEIRA, S. S.; POSTAL, E. A.; AFONSO, D. H. As escolas médicas e os desafios da formação médica diante da epidemia brasileira da Covid-19: das (in)certezas acadêmicas ao compromisso social. **Revista da Rede APS**, v. 2, n. 1, p. 56-60, abr. 2020. Disponível em: <https://apsemrevista.org/aps/article/view/69/49>. Acesso em: 28 jul. 2021.

OMS. **Marco para ação em educação interprofissional e prática colaborativa**. Genebra: OMS, 2010.

PADILLA, M. Educação e prática interprofissional no Sistema Único de Saúde: práticas compartilhadas e exigências de interação em equipe na saúde. In: FERLA, A. A. et al. (org.). **Aprender com a prática e atuar em coletivos:** interseções ensino e trabalho no escopo da saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2020. p. 8-14.

PAGLIOSA, L. F.; ROS, M. A. O Relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 4, p. 492-499, 2008.

PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018.

RODRIGUES, H. B. C. Analisar. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. (org.). **Pesquisar na diferença:** um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 35-37.

ROSA-CASTRO, R. M.; JÚNIOR, E. M.; MARQUES, E. M. R. Universidades Comunitárias: características e desafios. *In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE EDUCAÇÃO SUPERIOR*, 2014, Sorocaba. **Anais eletrônicos** [...]. Sorocaba: Uniso, 2014. Disponível em: [https://unisos.uniso.br/publicacoes/anais\\_eletronicos/2014/2\\_es\\_politicas\\_publicas/12.pdf](https://unisos.uniso.br/publicacoes/anais_eletronicos/2014/2_es_politicas_publicas/12.pdf). Acesso em: 28 jul. 2021.

SANTOS, V. R.; RIBEIRO, V. S. Spinoza: uma filosofia da imanência dos afetos. **Revista de Estudos dos Pós-Graduandos em Filosofia**, Marília, v. 12, n. 33, p. 198-212, 2020.

SANTOS, N. R. SUS 30 anos: o início, a caminhada e o rumo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1729-1736, 2018.

SCHMIDT, J. P. O caráter público não estatal da universidade comunitária: aspectos conceituais e jurídicos. **Revista do Direito**, Santa Cruz do Sul, n. 29, p. 44-66, jan./jun. 2008.

SOUSA, A.; PRESADO, M. H.; CARDOSO, M. Metodologia adotada na análise de vídeos em investigação: revisão sistemática. **Investigação Qualitativa em Saúde**, v. 2, p. 965-974, 2019. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2170/2329>. Acesso em: 28 jul. 2021.

SOUZA, J. **A ralé brasileira: quem são e como vivem**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.

SOUZA, S. V.; ROSSIT, R. A. S. Dilemas e perspectivas dos recursos humanos em saúde no contexto da pandemia. **Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 68-73, 2020. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/3624>. Acesso em: 30 jul. 2021.

SPINK, M. J. P.; GIMENES, M. G. G. Práticas discursivas e produção de sentido: apontamentos metodológicos para a análise de discursos sobre a saúde e a doença. **Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 149-17, 1994.

SUZUKI, A. L. M. et al. Experiência de extensão universitária: plantas medicinais e interprofissionalidade na educação popular em saúde em tempos de pandemia. *In: FERLA, A. A. et al. (org.). A pandemia e a saúde coletiva: produzindo conhecimentos e tecnologias no cotidiano*. São Leopoldo: Oikos, 2021. p. 75-91.

TORRES, A. C. M.; ALVES, L. R. G.; COSTA, A. C. N. Educação e saúde: reflexões sobre o contexto universitário em tempos de COVID-19. **SciELO Preprints**, jul. 2020. Disponível em: <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/640/885>. Acesso em: 28 jul. 2021.

VENDRUSCULO, C. et al. Integração ensino-serviço e sua interface no contexto da reorientação da formação na saúde. **Interface**, v. 20, n. 59, p. 1015-1025, 2016.